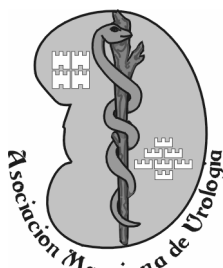


EDITORIAL



Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Mariano Pérez Albacete

VICEPRESIDENTE:

Oscar Fontana Compiano

SECRETARIO:

Bernardino Miñana López

TESORERO:

Alberto Murcia Valcárcel

VOCALES:

Mariano Rigabert Montiel

SEDE SOCIAL:

ILTRE. COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE MURCIA
Avda Juan Carlos I - Murcia
e-mail: asomur.int@wanadoo.es

Edita:

Asociación Murciana de Urología
Imprime:
Gráficas TEMPLADO
Dep. Legal: MU-1906-98

La Asociación Murciana de Urología ha pasado con éxito su primera prueba, las elecciones de una nueva Junta Directiva; la intranquilidad de unos pocos ante la aparente continuidad de la directiva anterior hizo que se revolvieran los cimientos de la Asociación; todos nos involucramos en uno u otro sentido pero la totalidad de sus miembros dejó patente su inquietud, su interés y, en suma, su preocupación por mantener una directiva, en primer lugar representativa de toda la comunidad y, en segundo, interesada en mejorar la labor iniciada por la anterior y en continuar una trayectoria de permanente evolución y trabajo acorde con el espíritu que nos anima a luchar por la Urología; prueba de ello ha sido la inmediata puesta en marcha, en periodo de pruebas, de la página de la A.M.U. en Internet.

Durante el proceso electoral una cosa quedó bien patente en el ánimo de todos: las lagunas o fallos que presentan los actuales estatutos; por ello, nos encontramos, los miembros de la Junta Directiva, elaborando el borrador de una propuesta de modificación general de aquellos; os lo entregaremos, previo a su aprobación en Junta General Extraordinaria, para vuestro análisis y posterior discusión y enmiendas que consideréis necesarias.

Una cosa sí que lamenta esta Directiva: durante el curso académico transcurrido se han realizado varios actos científicos urológicos por parte de los miembros de diversos hospitales de la Comunidad y, lamentablemente, la asistencia a ellos ha sido tan sólo de las personas involucradas en el acontecimiento o bien de los responsables de la A.M.U.; nos duele que el esfuerzo, la ilusión y el interés puestos por unos compañeros en organizar en Murcia acontecimientos urológicos con la presencia de invitados de interés, no sean respaldados por el apoyo unánime de todos pero, mas aún, de los jóvenes urólogos, los que necesitan hacer currículum, los que se encuentran en período de formación y los que mantienen el estímulo de aprender que, en suma, debiéramos ser todos.

Queremos hacer una llamada de atención y pedirnos que seamos consecuentes con la realidad de la Asociación y que arrojemos con nuestra presencia todos los actos que se organicen lo que, a la postre, redundará en su beneficio, o, lo que es lo mismo, en el de nosotros mismos.

La Junta Directiva

Sumario

Editorial	1
Actos científicos realizados y auspiciados por la A.M.U. en el año 2000	3
Actividades científicas previstas para el año 2001	5
V Congreso de la A M U. Cartagena, 1999	6
XXXIV Congreso de Urología de la Asociación Murciana de Urología y la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana. Valencia febrero de 2000	18
Trabajo ganador del Premio Salvador Pascual del año 2000	24
Inhibidores de la angiogénesis y cáncer de próstata	27
Cálculo vesical voluminoso. Operación de la talla; Curación. por el Dr. D. José Meseguer y Huertas, 1865	32
Un urólogo en las inundaciones de Mozambique	34
Pedro Bibes un empírico oriolano del siglo XVI	36
Figuras de la Urología Murciana. Dr. D. Gerardo Server Falgás	38
Relación de libros donados por los familiares del Dr. D. Leopoldo Navarro Mínguez. Instrumental donado por el Dr. D. Manuel Albaladejo Paredes	40
Noticias	42
Convocatoria de los premios <i>Salvador Pascual</i> y <i>Server Falgás</i> , de la A.M.U. para el año 2001.	43

ACTOS CIENTÍFICOS REALIZADOS Y AUSPICIADOS POR LA A.M.U. DURANTE EL CURSO 1999 - 2000

V Congreso de la ASOCIACIÓN Murciana de Urología

Organizado por el Servicio de Urología Hospital Naval del Mediterráneo, de Cartagena, tuvo lugar los días 22 y 23 de octubre de 1999, en el salón de Actos del Hospital. Estuvo presidido por el Almirante jefe de la zona marítima del Mediterráneo y contó con la asistencia del Consejero de Sanidad de la Comunidad murciana. Los componentes del Servicio que dirige el Dr. D. Carlos García Espona con la colaboración de los Drs. D. José Pascual Alcaraz Reverte y D. Oleg Santamaría, junto con la del Sr. D. Juan Madrid Díaz, enfermero del mismo, lograron que el desarrollo de las jornadas se cumpliera con rigurosidad. En cuanto al programa científico se presentaron treinta y cuatro comunicaciones libres y un caso clínico por parte de cada uno de los Hospitales Virgen de la Arrixaca, Morales Meseguer, General Universitario, de Murcia y Rafael Méndez, de Lorca, cuya discusión suscitó un animado debate.

La Mesa Redonda versó sobre *Controversias actuales en el manejo de los tumores vesicales superficiales*, dirigida por el Dr. D. Óscar Fontana y en la que participaron como ponentes un miembro del Servicio de Urología de cinco hospitales de la Comunidad: Virgen de la Arrixaca, Dr. D. Gerardo Server Pastor; General Universitario, Dr. D. Mariano Tomás Ros; Morales Meseguer, Dr. D. Bernardino Miñana López; Nuestra Señora del Rosell, Dr. D. Ricardo García Pérez y Hospital Naval, Dr. D. Carlos García Espona. El objetivo principal de esta discusión es el aunar criterios de actuación en las distintas patologías que se analizan.

Acudió como invitado el Dr. D. Miguel Tallada Buñuel, quien impartió una videoconferencia sobre el tema *Aspectos actuales en el tratamiento del carcinoma renal*.

I REUNIÓN DE CONSENSO: SELECCIÓN DE PACIENTES Y TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA "CURABLE"

Se celebró en el Hotel Amistad, de Murcia, el día 19 de febrero de 2000, organizado por el Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca, con la colaboración de la Unidad de Oncología del Hospital y auspiciado por la Asociación Española contra el cáncer.

Hubo dos mesas redondas, en la primera de ellas *Selección de pacientes (con el criterio de curabilidad)*, dirigida por el Dr. Pérez Albacete, y en la que participaron los Drs. López Cubillana, Nicolás, Guirao y Sola. En la segunda, *Tratamiento curativo*, dirigida por el Dr. Guillermo Gómez, participaron los Drs. Fontana, García Hernández, De las Heras, Salinas, Miñana y Moreno.

XXXIV CONGRESO DE UROLOGÍA DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA Y ASOCIACIÓN DE UROLOGÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Celebrado en Valencia los días 25 y 26 de febrero de 2000, organizado por la Junta Directiva de la Asociación Valenciana, en los salones del hotel Meliá Valencia Palace con el tema monográfico de estudio, *Derivación y reconstrucción en urología*. Se presentó un total de cincuenta comunicaciones, que fueron leídas en una sala durante los dos días; por parte murciana hubo ocho aportaciones, mayoritariamente del Hospital General Universitario.

La representación de la Comunidad Murciana fue numerosa, confirmando las relaciones de amistad entre los urólogos de las dos Comunidades y afianzando la continuidad de los congresos conjuntos como una realidad irrefutable.

REUNIÓN NACIONAL DEL GRUPO DE UROLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

Tuvo lugar en el Hotel Príncipe Felipe del Complejo Hyat, en la Manga del Mar Menor, organizado por el Dr. D. Leonardo Nortes, jefe de Sección de Urología del Hospital materno infantil Virgen de la Arrixaca, los días 24 y 25 de marzo de 2000 y con la supervisión del Coordinador Nacional, Dr. D. José María Garat, de Barcelona. Se presentaron treinta comunicaciones, hubo dos mesas redondas en las que se abordaron: *Traumatismos renales en la infancia* y *Uropatías asociadas a la duplicidad o multiplicidad del tracto urinario en la infancia*. Como colofón, el Dr. Zubieta, especialista chileno, ofreció una conferencia acerca del *Abordaje sagital posterior en urología pediátrica*.

II REUNIÓN DE CONSENSO.

JORNADA DE CIRUGÍA ENDOUROLÓGICA DEL APARATO URINARIO SUPERIOR

Organizada por los miembros de la Sección de Urología del Hospital Rafael Méndez, de Lorca, el día 3 de junio de 2000, de cirugía en directo, realizada por el Dr. D. Francisco Lobaco Castellanos, del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, y por la Dra. D^a. Inmaculada Fernández González, del Hospital Universitario de Getafe, Coordinadora Nacional del grupo de Endourología. Efectuaron una Endopielotomía percutánea de una estenosis de la unión pieloureteral y una Nefrolitectomía percutánea de litiasis de pelvis renal.

IX REUNIÓN DE RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LAS COMUNIDADES DE VALENCIA Y MURCIA

Se celebró en Castellón de la Plana el 10 de junio de 2000, bajo la supervisión del Dr. Shaban Kilani, con el tema de estudio: *Incontinencia urinaria*, desarrollada en dos mesas redondas; en representación de la Asociación Murciana tomó parte el Dr. D. Felipe García García, residente de segundo año del Hospital General Universitario, quien desarrolló el tema *Tratamiento quirúrgico*, y el Dr. D. Vicente Bañón Pérez del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, médico residente de quinto año, hizo la presentación de casos clínicos.

OTRAS ACTIVIDADES UROLÓGICAS CELEBRADAS EN MURCIA DURANTE EL AÑO 2000

Curso de formación continuada en Urología

De 18 horas lectivas, organizado por el Servicio de Urología y la Comisión de Docencia y Formación Continuada del Hospital Virgen de la Arrixaca y dirigido a médicos de atención primaria, tuvo lugar en el salón de actos de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, durante los meses de mayo y junio y fue impartido por los componentes del Servicio de Urología.

V Curso internacional sobre controversias en oncología. Cáncer de vejiga.

Patrocinado por la Asociación Española contra el cáncer y organizado por la Unidad de Oncología del Hospital Virgen de la Arrixaca, bajo la dirección del Dr. D. Agustín Navarrete Montoya jefe de la misma, y el Dr. D. Manuel de la Heras del Servicio de Radioterapia del mismo hospital. Tuvo lugar en el salón de actos del Colegio de Médicos de Murcia; el tema monográfico de discusión fue el cáncer vesical, participaron como ponentes los Drs.: D. Bernardino Miñana del Hospital Morales Meseguer, de Murcia, *Resección transuretral y estadiaje del cáncer vesical*; D. Oscar Fontana, del Hospital General Universitario, de Murcia, *Factores pronósticos y tratamiento de los tumores iniciales*; D. Humberto Villavicencio, de la Fundación Puigvert, de Barcelona, *Utilidad histológica y de la biología molecular en el pronóstico del carcinoma vesical*; D. Mariano Pérez Albacete, del Hospital Virgen de la Arrixaca, de Murcia, *Cistectomía radical. Técnicas y resultados. Derivaciones urinarias*. Posteriormente en una mesa redonda, coordinada por el Dr. Pérez Albacete, se obtuvieron las conclusiones a lo expuesto. Por la tarde se presentaron los temas: *Tratamiento radioterápico y quimioterapia adyuvante* por parte de los Drs. Calvo Manuel del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid y Bellmunt Molins del Hospital del Valle Hebrón, de Barcelona, respectivamente. Fue seguido de la exposición por la Dra. Cárdenas Perera de la Universidad de Indiana de *Ensayos y protocolos de la RTOG y de otros grupos de EE.UU.* El Dr. Joensuu de la Universidad de Helsinki habló de *Ensayos y protocolos de la EORTC y otros grupos europeos*. Finalizó con una mesa redonda moderada por el Dr. Calvo Manuel, en la que los ponentes puntualizaron lo expuesto y se extrajeron conclusiones.

ACTIVIDADES PREVISTAS DE LA A.M.U. PARA EL CURSO 2000 - 2001

X REUNIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LAS COMUNIDADES DE VALENCIA Y MURCIA.

Se celebrará en la ciudad de Murcia, en el mes de noviembre, coordinada por el Servicio de Urología del Hospital General Universitario y se desarrollará el tema, *Tumores de vías urinarias*, además de la discusión de casos clínicos por parte de los médicos residentes de Urología de ambas Comunidades.

XXXV CONGRESO DE UROLOGÍA DE LAS COMUNIDADES MURCIANA Y VALENCIANA

Tendrá lugar en Castellón de la Plana, los días 23 y 24 de febrero de 2001. Organizado por el Hospital General y presidido por el Dr. D. José A. de Francia. El tema propuesto para estudio es *Urología futura* que abarcará los avances logrados en Endoscopia, Laparoscopia, Ultrasonidos, Litotricia intra y extracorpórea y Laserterapia urológicas.

V CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

*Reconocido de interés Científico-Sanitario por la Consejería de
Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*

Cartagena 22 y 23 de Octubre de 1999

Organiza:

Servicio de Urología del Hospital Naval del Mediterráneo

Sede:

Salón de Actos. Hospital Naval del Mediterráneo



Consejería
de Sanidad
y Política Social
C.A.R.M.



V CONGRESO DE LA A.M.U.

CARTAGENA 1999



Queridos compañeros y amigos:

Han pasado ya unos meses de la celebración en el Hospital Naval de Cartagena, del V Congreso de ésta nuestra Asociación Murciana de Urología, actos que se desarrollaron como recordaréis los días 22 y 23 de Octubre de 1999.

Fue para los integrantes del Comité Organizador un motivo de satisfacción e ilusión él poder contar con la presencia de casi todos los urólogos de nuestra Comunidad Murciana, muchos en situación de actividad y hasta algunos que en su retiro profesional tuvieron la gentileza de acompañarnos y colaborar con nosotros, cosa que hizo más meritoria su presencia.

La jornada del viernes 22 de octubre se inició con la inauguración del Congreso por parte de autoridades civiles y militares en la persona del Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad Murciana, el Almirante Jefe de la Zona Marítima del Mediterráneo y otras personalidades cómo el primer Jefe de Servicio de Urología que ha tenido este Hospital Naval (D. Matías Lafuente Jiménez).

Contamos con la difusión en prensa local y medios de comunicación de TV y radio, lo que sirvió para dar realce a la celebración de los actos.

Las comunicaciones libres en esta ocasión han batido un récord en cuanto al número, con relación a otros años, mostrando una dinámica de superación por parte de todos los servicios de Urología de todos los Hospitales de nuestra región que en un numero de iitreinta y cuatro!! hicieron ardua y muy difícil la tarea de los moderadores para poder dar lectura y exposición a todas ellas. Es difícil pensar que en años posteriores se pueda superar esta cifra, pero la experiencia de años pasados nos dice que año tras año esta cifra se va incrementando, iestoy convencido, que así será en el 2000!

La jornada matutina del viernes tuvo comunicaciones muy variadas. Concluyó con la exposición de una video conferencia de D. Miguel Tallada Buñuel, Jefe de Servicio de Urología de la Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves de Granada, sobre «Aspectos actuales en el tratamiento del Carcinoma Renal». Miguel Tallada, persona de verbo fácil, amable y de gran capacidad docente nos mostró a través de sus videos y diapositivas su experiencia poniéndonos al día a todos, un tema tan apasionante y útil en nuestro quehacer diario. Su calidad humana y su buen hacer profesional fueron un lujo para este V Congreso de la AMU. Desde aquí queremos otra vez agradecer su desinteresada presencia. Mi deuda de gratitud se agranda aún más.

La comida de trabajo en el Club Naval, con el pequeño paseo entre los pinos de Tentegorra, creo que nos sirvió para hacernos pasar un rato agradable en el que todo no deba ser ciencia y docencia, sino también deba quedar un espacio entre jornada para departir entre nosotros un momento de sosiego en las actividades estresantes de toda la semana.

La tarde del viernes veintidós tuvo una muy útil y participativa mesa sobre controversias en el manejo actual de los tumores de vejiga superficiales, moderada por el siempre directo Oscar Fontana. Finalizó la tarde con un tropel de comunicaciones en las que el tiempo ajustado se volvía escaso para los deseos de una audiencia deseosa de aprender y unos ponentes inermes ante el reloj de los moderadores.

Concluyó el día, apretado en su horario con una cena relajada en el Restaurante Nuevo Jardín Botánico. Su distancia casi equidistante de Murcia y Cartagena facilitó el que la mayoría urológica murciana pudiese estar fresca y puntual al inicio de la actividad del sábado veintitrés.

Comienza el sábado con el resto de comunicaciones no leídas por la premura de tiempo del viernes y el gran acúmulo de estas para finalizar el Congreso con la exposición de tres casos clínicos expuestos por Hospitales de nuestra región.

La actividad del sábado tiene en la sede del salón de actos del Hospital la reunión de la Asociación Murciana de Urología.

Para finalizar esta reunión se pudo conseguir, gracias a la colaboración de la Capitanía Militar y del personal cortés y siempre dispuesto de la Base de Submarinos la visita al Arsenal de la Armada de Cartagena -en un Autobús que nos llevó desde el hospital a todos los visitantes; posiblemente más de uno recordara con cierta nostalgia o cercanía dichas instalaciones como fruto de su paso por el Servicio Militar que clásicamente ha recogido la milicia de los mozos de la comunidad murciana. La austeridad, los asientos, el olor de gasoil, la carrocería de ese viejo autobús, según comentarios de algunos de vosotros, les hizo rejuvenecer y traer a la memoria tiempos pretéritos.

La participación a este acto festivo y al mismo tiempo demostrativo de la idiosincrasia de la Sanidad Militar contó con una muy mayoritaria asistencia que sorprendió a los organizadores, con la exposición muy humana y cercana de los suboficiales y del personal sanitario de la base, ¡i no todos los días se visita un submarino!! , en congresos y reuniones siempre hay oportunidad de ver ruinas, monumentos, arte..... pero no esta actividad, esperamos que os gustase.

Confiamos en que este congreso no haya desmerecido a otros realizados y espero os haya quedado un buen sabor de él Con eso tan solo nos sentimos satisfechos y recompensados de la actividad, nervios y desvelos que por parte del personal del Servicio y del Hospital han cumplido sin dejación de las funciones diarias de la atención sanitaria, en un Servicio pequeño, escaso de personal, en el que la elaboración del congreso es casi artesanal y en el que debo agradecer desde aquí a todos aquellos que han colaborado en su ejecución, en particular a mi auxiliar de clínica Carmen.

Sin más, nos despedimos, pidiendo excusas para nuestros más que seguros fallos, contando que en venideros congresos sean subsanados por una mejor experiencia y deseando para el Servicio de Urología del Hospital de la Arrixaca un venturoso congreso en el 2000.

Recibid un cordial saludo.

Dr. García Espona - Dr. Alcaraz Reverte - Dr. Santamaría Fernández

CONSENTIMIENTO INFORMADO. ALGUNAS CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES.

*Romero Hoyuela A; Cruces de Abia F; Tello Royloa C; Jiménez Lopez JM; Nso Mangüe M; Moreno Barrachina E.
Servicio de Urología. Hospital General Vega Baja.*

RESUMEN:

El consentimiento informado es la aceptación, por parte del enfermo, de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de haber recibido una información adecuada para poder implicarse plenamente en la decisión final.

Este proceso de información libre y competente se obtiene como antaño, con la estrecha relación médico-paciente, que tras la comprensión adecuada del procedimiento propuesto, se consigna la confianza suficiente para estar decidido a dar la respuesta requerida. Según Lee Hargraves, del Instituto Picker de Boston: «De todos los indicadores de calidad, el mejor es el más antiguo: el dialogo con el paciente».

El derecho a la información sanitaria y, concretamente el derecho del enfermo a recibir información sobre su diagnóstico y tratamiento es un derecho con clara manifestación en el principio de autonomía que se pone en práctica con la moderna bioética. En nuestra especialidad, eminentemente quirúrgica y donde las exploraciones complementarias juegan un papel primordial, este tema obtiene una importante consideración en la que no siempre ponemos el debido énfasis, siendo por otra parte una norma de obligado cumplimiento recogida en la Ley General española de Sanidad de 1986.

El motivo de la presente comunicación es la de actualizar un tema cotidiano en nuestra práctica.

PROSTATISMO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. UNA NUEVA HIPÓTESIS FISIOPATOLÓGICA.

*Nicolás J., Bañón V., Valdevira P., López P., Server G., Prieto a., Gómez G.,
Guardiola A., Martínez P., Hernández J.A., Castillo D., Pérez M.
(H. U. Virgen de la Arrixaca - Murcia)*

La HBP y la HTA son dos procesos muy prevalentes. En fecha reciente se ha comprobado una asociación significativa entre HBP e HTA y entre IPSS > 8 e HTA.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio aleatorio en 70 varones con síndrome prostático. En todos los casos recogimos en la historia clínica los antecedentes de HTA, medicación antihipertensiva y cuestionario IPSS.

RESULTADOS

En pacientes con HTA se presentan síntomas significativos de prostatismo definidos como

IPSS > 8, con un riesgo relativo próximo a 2.

CONCLUSIONES

Es probable que los mecanismos fisiopatológicos de la HTA y de los síntomas de prostatismo sean similares. La hipótesis que sustenta esta relación está basada en una eventual hipertonía simpática como factor común. A partir del análisis detallado de la etiopatogenia y de la fisiopatología de la HBP y de la HTA, elaboramos una hipótesis (en buen medida original) como nexo entre ambas patologías la "hipótesis de la hiperinsulinemia"

RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE LOCALIZADO CON TERAPIA HORMONAL NEOADYUVANTE.

*Bañón V., Gómez G., de las Heras, Nicolás J., Valdevira P., Server G.,
Guardiola A., Martínez P., García J.A., Pérez M., Prieto A., López P.
(H. U. Virgen de la Arrixaca - Murcia)*

RESUMEN

Aunque la prostatectomía radical es uno de los mejores procedimientos para el tratamiento del cáncer de próstata localizado, existen grupos de riesgo que contraindican este procedimiento. En estos casos ha sido la radioterapia el método alternativo a dicha patología. Hay estudios que demuestran aumento significativo de la supervivencia global a

los 5 años en pacientes en pacientes tratados con la asociación de Hormonoterapia y Radioterapia.

Se presentan una serie de casos con este protocolo de actuación (BAC+RT) evaluando efectos secundarios, así como control bioquímico de progresión y anatomopatológico a corto plazo

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE URETRA ANTERIOR.

*Miñana B., F. Aparicio T., Hita G., Guzmán P., Lorca J., Cuesta F.
(H. Morales Meseguer - Murcia)*

Revisamos de forma retrospectiva nuestra experiencia en el tratamiento de la estenosis de uretra anterior en el periodo comprendido entre mayo de 1995 y junio de 1999. En esta etapa hemos llevado a cabo 1.786 cirugías con ingreso, de las cuales 58 (3,2%) han correspondido a las cirugías uretrales pertinentes.

Los procedimientos realizados han sido: 38 (65,5%) uretrotomías endoscópicas; 9 (15,5%) uretroplastias distales (incluyendo meatoplastias) con colgajo pediculado; 2 (3,5%) uretroplastias con parche de mucosa vesical y piel prepucial respectivamente; 1 (1,71/o) uretroplastia de sustitución con mucosa vesical y otra (1,71/o) con mucosa oral; 3 (5,1%) uretrostomías perineales y 4 (6,9%) anastomosis término-terminales.

Como era de esperar, el 47,2% de las estenosis fueron yatrógenas y un 34,5% de etiología desconocida. Aunque la mayor parte de los pacientes se intervinieron con uretrografías retrógradas y miccional, estas fueron el procedimiento diagnóstico inicial en el 61,8% de los casos.

El corto seguimiento y lo limitado de la serie, no nos permite establecer conclusiones definitivas pero sí perfila unas tendencias evidentes que son el objetivo de esta comunicación y que pueden sintetizarse en las siguientes proposiciones:

- las uretrotomías endoscópicas distan de, ser soluciones definitivas en pacientes con estenosis que no sean mucosas y menores de 1 cm.

- La cirugía abierta, en cualquiera de sus vertientes, ofrece mejores resultados a corto y medio plazo, gozando de una mayor estabilidad.

- la mucosa oral es más cómoda y versátil que la vesical. Su empleo permite un tiempo quirúrgico más corto y menor morbilidad para el paciente, manteniendo unos buenos resultados.

- Independientemente de la longitud y severidad de la estenosis, siempre que el lecho de tejido periuretral sea aceptable, puede resolverse en tiempo quirúrgico.

- Las meatoplastias, con cualquier técnica que emplee un colgajo pediculado, son preferibles, cosmética y funcionalmente, a las meatotomías.

- La anastomosis término-terminal es la técnica de elección en estenosis bulbares cortas y con 'buen terreno'.

- Aunque no deseable, las uretrostomías perineales pueden ser el mejor recurso en pacientes con estenosis complejas, especialmente en pacientes añosos.

- No tenemos experiencia con el empleo de prótesis endouretrales.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PÓLIPOS DE URETRA POSTERIOR.

*F. Aparicio T., Miñana B., Hita G., Guzmán P., Cuesta F., Lorca J.
(H. Morales Meseguer- Murcia)*

El pólipo de uretra posterior constituye una rareza clínica. Descrito por Thompson en 1885 se han comunicado hasta el momento actual menos de 130 casos, predominantemente en niños y varones jóvenes dada su naturaleza congénita-disembriogénica. No obstante, no se descarta una patogenia inflamatoria o metaplásica.

Desde el punto de vista anatomopatológico es una lesión proliferativa no neoplásica, de morfología polipoidea, aspecto sólido y base de implantación bien delimitada que suele localizarse en el veru montanum o en sus proximidades. Microscópicamente se han descrito al menos tres subtipos en función de sus componentes fibroso, epitelial y glandular.

Clínicamente se caracteriza por el desarrollo de sintomatología miccional obstructiva, uretrorragia espontánea o tras la manipulación uretral hemospermia y, excepcionalmente, azoospermia. Su localización obliga al diagnóstico radiológico y endoscópico, constituyendo la resección transuretral el tratamiento de elección con independencia de la edad del paciente.

Presentamos en este video las características de este tipo de lesiones a través de un caso diagnosticado en un varón de 19 años de edad. Se muestran los aspectos clínicos, radiológicos y macro-microscópicos de la lesión, así como la resección terapéutica preservando la desembocadura de los conductos eyaculadores.

CARCINOMA RENAL SARCOMATOIDE

*Bañón V., Nicolás J., Valdevira P., Martínez P., López P., Server G., Prieto A., Gómez G., Pérez M.
(H. U. Virgen de la Arrixaca - Murcia)*

INTRODUCCIÓN

El carcinoma sarcomatoide renal es una rara variante dentro de los tumores parenquimatosos renales, con una frecuencia del 1-5%.

MATERIAL Y METODO

Desde 1980 hasta la actualidad han sido diagnosticados y tratados un total de 11 carcinomas sarcomatoides renales por nuestro servicio. Se ha realizado una revisión histológica aplicando los nuevos marcadores inmunohistoquímicos (citoqueratinas, KI-67...) y determinación del componente sarcomatoide y áreas de necrosis, así como los tratamientos complementarios.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes se presentan en el momento del diagnóstico con clínica y masa palpable. Solo en un caso se presenta como neoplasia organoconfinada. En la mayoría de los pacientes se realizó una nefrectomía radical seguido de nefroureterectomía y tratamiento paliativo con liga-

dura del pedículo. La supervivencia a los seis meses fue del 36.3%(4 casos).

CONCLUSIONES

Comparado con el adenocarcinoma renal presenta un peor pronóstico estadio por estadio. Es similar al adenocarcinoma renal, aunque los pacientes afectados de esta rara neoplasia presentan con mayor frecuencia una clínica y masa palpable en el momento del diagnóstico. El estadio clínico-patológico es el factor pronóstico más importante, con una supervivencia media de las series consultadas de 49.7 meses para el estadio I, y 6.8 meses para los estadios II, III y VI combinados. También los factores pronósticos la presencia de áreas de necrosis humoral así como la proporción de tejido sarcomatoide. El tratamiento de este agresivo tumor se fundamenta en la cirugía y terapia adyuvante con quimioterapia e inmunoterapia, con un resultado global pobre.

TUMOR RENAL NEUROENDOCRINO, UN CASO PARA PRESENTACIÓN. REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Guzmán P., Aparicio T., Miñana B., Hita G., Cuesta F., Lorca J.
(H. Morales Meseguer - Murcia)*

Los tumores renales de origen neuroendocrino, son tumores de rara presentación con evolución y pro-

gnóstico incierto dada su baja incidencia. Presentamos un caso y revisamos la escasa literatura al respecto.

ONCOCITOMA RENAL: NUESTRA CASUÍSTICA.

*Valdevira P., Nicolás J., Bañón V., López P., Server G., Prieto A., Gómez G., Guardiola A., Pérez M.
(H. U. Virgen de la Arrixaca - Murcia)*

El oncocitoma renal constituye un tipo de tumor con unas características macro y microscópicas definidas, descrito hace ya algunas décadas por Klin y Valensi.

Su incidencia se cifra entre 3-10% según las distintas series de los tumores corticales renales sólidos operados. No obstante, es difícil valorar su verdadera incidencia dado que suele ser un tumor

clínicamente asintomático y constituir un hallazgo casual en el estudio de otra patología.

Presentamos 7 casos de oncocitoma renal, uno de ellos de carácter bilateral multicéntrico, estudiamos y tratamos en nuestro hospital. Analizamos la epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de todos ellos así como su evolución clínica.

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS CORALIFORME CON LITOTRICIA EXTRACORPÓREA CON ONDAS DE CHOQUE COMO MONOTERAPIA

*Castillo D., Gómez G., Nicolás J.A., Bañón V., Valdevira P., Prieto A.,
López P., Server G., Guardiola A., Martínez P., García JA
(H. U. Virgen de la Arrixaca)*

Presentamos una revisión de 59 pacientes con litiasis coraliforme tratada con LEOCH como monoterapia. Se han clasificado los pacientes en dos grupos: A) incluye 27 casos con litiasis coraliforme que ocupa la pelvis renal y la mayoría o totalidad de los grupos calciliares, es decir, litiasis con gran masa. En 25 pacientes se colocó un catéter doble J y 1 era portador de nefrostomía percutánea. B) incluye 32 pacientes con litiasis coraliforme de menor masa, que ocupa pelvis y uno o varios grupos calciliares, 16 pacientes eran portadores de catéter doble J y 1 de nefrostomía percutánea.

RESULTADOS

En el grupo A, 6 pacientes abandonaron el tra-

tamiento por causa diversas. De los 21 que recibieron tratamiento completo, se consiguió eliminación completa del cálculo en 16 casos (59'3%). En el grupo B, todos los pacientes completaron el tratamiento, lográndose eliminación completa en 28 casos (86'61%). Se presentaron complicaciones en 5 pacientes, todos del grupo A, que fueron subsidiarios de tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN

La LEOCH en monoterapia es un procedimiento válido para el tratamiento de la litiasis coraliforme de menor masa. Los cálculos coraliformes de gran masa precisarían tratamiento de apoyo, pues son los que presentan menores porcentajes de resolución y mayor número de complicaciones.

URETERORRENOSCOPIA Y EMBARAZO.

*Bañón V., Gómez G., Martínez P., Nicolás J.A., Valdevira P., Prieto A.,
López P., Server G., Guardiola A., Martínez P., Castillo D., Pérez M.
(H. U. Virgen de la Arrixaca)*

INTRODUCCIÓN

La ureterorrenoscopia para el tratamiento de la urolitiasis durante el embarazo es una alternativa más a tener en cuenta.

MATERIAL Y METODO

En los últimos 4 años hemos empleado la ureterorrenoscopia en 8 mujeres embarazadas, con un intervalo de edad de 25 a 35 años. La mayoría estaban en el segundo y tercer trimestre de la gestación. Usamos un ureterorrenoscopio rígido de 9.5 F.

RESULTADOS

La ureterorrenoscopia se realizó con anestesia

epidural en todos los casos. En 5 pacientes no fue preciso dilatación ureteral previa. Las células fueron extraídas con cesta de Dormia en 4 casos y con pinza extractora en 4. No hubo complicaciones postoperatorias.

CONCLUSIONES

La URS es un procedimiento seguro que puede ser utilizado para diagnosticar y extraer cálculos ureterales cuando las medidas conservadoras han fracasado.

PALABRAS CLAVE

Embarazo, litiasis ureteral, endoscopia.

HEMATOPOYESIS EXTRAMEDULAR, UN SIMULADOR DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO.

*Hita G., Guzmán P., Miñana B., F. Aparicio T., Lorca J., Cuesta F.
(H. Morales Meseguer - Murcia)*

Presentamos un paciente 70 años con clínica hematuria y con diagnóstico final de hematopoyesis

extramedular renal y ganglioma no esperado.

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN MUJERES PORTADORAS DE RIÑÓN TRASPLANTADO.

*Nicolás J., Bañón V., Valdevira P., López P., Server G., Prieto A., Gómez G., Guardiola A., Martínez P., García J.A., Castillo D., Pérez M.
(H. U. Virgen de la Arrixaca)*

La concepción es rara en mujeres con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis. Cuando un trasplante renal funciona, el ciclo menstrual se reinstaura en la mayoría de los casos y muchos autores recomiendan la anticoncepción (preferiblemente con métodos de barrera o ligaduras de trompas).

La gestación de enfermas transplantadas renales se ha asociado con hipertensión arterial, retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad, anomalías congénitas y deterioro funcional del injerto.

Revisamos la evolución del embarazo en 5 mujeres portadoras de injerto renal en nuestro hospital y revisamos brevemente la literatura al respecto.

UROLOGÍA BASADA EN PRUEBAS.

*Tello C., Delsors E.
(H. Vega Baja - Orihuela)*

INTRODUCCION

Algunas voces dentro de la medicina científica actual, han advertido, en los últimos años, de la existencia de variaciones inexplicables e inaceptables en la práctica clínica, y de que sólo una minoría de las intervenciones médicas están basadas en estudios científicos fiables. La constatación de estos hechos y la incapacidad de los clínicos para conocer y asimilar las continuas novedades de la medicina, ha motivado la creación de conceptos como: la «Evaluación de las Tecnologías Sanitarias», la "Medicina Basada en Pruebas" o la "Colaboración Cochrane". La urología, con un importante retraso respecto a otras especialidades, comienza a vislumbrar la revolución que se avecina, que cambiará la formación médica y la práctica clínica en el próximo siglo.

OBJETIVOS

"Evidence-based medicine" es una corriente de pensamiento sobre la forma de entender la medicina que surgió en los primeros años de la década de los noventa en la Universidad canadiense de Mc Master en Ontario. La presente comunicación expone los motivos para adaptar este nuevo modelo a la práctica urológica, resume los conceptos básicos de esta "nueva medicina" y las principales críticas o limitaciones para su empleo. La Medicina Basada en Pruebas es un sistema de aprendizaje autodidacta y permanente que tiene su punto de

partida y su destino en la atención diaria al paciente. La práctica de este nuevo modo de hacer medicina consiste en la ejecución sucesiva de cinco puntos: 1) la conversión de las necesidades de información, que surgen en la práctica diaria, en preguntas contestables; 2) la obtención de las mejores "pruebas" que respondan a las preguntas; 3) la revisión crítica de esas "pruebas" en cuanto a su validez y utilidad clínica; 4) la aplicación de los resultados en la práctica clínica; y 5) la evaluación del rendimiento obtenido. La principal dificultad de los clínicos para seguir este modelo de aprendizaje es la falta de conocimientos sobre bibliografía y epidemiología clínica. Se presentan tres nuevos recursos que vienen a solventar o paliar estas deficiencias: las publicaciones secundadas basadas en el modelo de la Medicina Basada en Pruebas, la Colaboración Cochrane y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias

CONCLUSIONES

La Medicina Basada en Pruebas ha puesto de manifiesto deficiencias e incongruencias de la práctica médica y ha aportado un modelo para conseguir una medicina más científica y racional. Diariamente se están generando nuevos recursos, basados en este modelo de aprendizaje, de los que la urología no debe quedar al margen.

LOS TUMORES VESICALES EN LA COMARCA DE CARTAGENA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS PERIODOS (1972-84 Y 1985-98).

*Cervell J.M., Asensio L., Moreno J., Soler J., Garcia R.
(H. Santa Mª Rosell - Cartagena)*

El objetivo de este trabajo es estudiar si han habido variaciones en algunos de los factores de riesgo y en las Características anatomopatológicas de los tumores vesicales que se han diagnosticado en la Comarca de Cartagena.

Para ello, se hace un estudio analítico entre los resultados obtenidos entre los años 1972 y 1984 (que ya fueron publicados) y los obtenidos entre los años 1985 y 1998.

EVOLUCIÓN DEL TUMOR VESICAL SUPERFICIAL DE ALTO RIESGO

Guzmán P., F. Aparicio T., Miñana B., Hita G., Cuesta F., Lorca J.
(H. Morales Meseguer - Murcia)

INTRODUCCIÓN

El tumor vesical (TV) es el cuarto tumor en frecuencia en el varón y el octavo en la mujer. Se destina que entre el 70-80% de los tumores vesicales son superficiales en el momento del diagnóstico y la mayoría de ellos aproximadamente mantienen esta situación a lo largo de la vida. Aproximadamente el 70% de estos pacientes experimentales una o más recidivas a lo largo de su evolución si el tratamiento aplicado se limita sólo a la resección transuretral. Consideramos tumores de alto riesgo los TG3, CIS o su asociación con otros T.

MATERIAL Y METODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de todos los tumores de alto riesgo, considerados tales aquellos tumores superficiales TG3 y CIS o bien cualquier T con CIS asociado, diagnosticado y controlados en nuestro Servicio desde la apertura del mismo en Mayo de 1995 hasta Junio de 1999 con un seguimiento medio de 36 +/- 3 meses y que han sido sometidos a programa de inmunoprofilaxis con BCG. Realizamos en análisis estadístico valorando la función de impacto la función de supervivencia

y la probabilidad de recidiva. Con el análisis de resultados y los conocimientos actuales queremos proponer nuevas pautas de actualización que el seguimiento y análisis nos determinará su validación.

DISCUSIÓN

La superioridad de BCG está clara en las lesiones más anaplasticas y, sin ninguna duda, en pacientes con CIS. A pesar de ello, existen preocupaciones justificadas acerca de los efectos colaterales adversos y complicaciones (se sabe que dosis menores de BCG muestran una excelente actividad antitumoral mientras que reducen la tasa de complicaciones).

CONCLUSIONES

El TV es uno de los pocos tumores sólidos humanos en los que la inmunoterapia se ha mostrado eficaz. Pautas nuevas para la administración de BCG han disminuido su toxicidad y acentuado su eficacia hasta niveles sorprendentes. Tratamientos más seguros están ensayándose, quizás ahora sea de momento de proponer nuevas pautas de tratamiento.

EXPERIENCIA DE LA DETERMINACIÓN DE P53 COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE LOS TUMORES VESICALES SUPERFICIALES.

López Cubillana P., Nicolás J., Bañón V., Valdevira P., Server G., Prieto A., Gómez G.,
Guardiola A., Martínez P., García J.A., Martínez P., Pérez M.
(H. U. Virgen de la Arrixaca)

La proteína p53 tiene como función la regulación del ciclo de reproducción celular. La mutación del gen que codifica esta proteína puede, detectarse mediante la observación de una sobreexpresión de la proteína p53 en el núcleo celular. Se ha observado la existencia de mutación del gen p53 en numerosos tipos

de tumores entre los que se encuentra el tumor vesical.

Entre 1996 y 1998 se ha procedido a la determinación sistemática de p53 en los núcleos de las células de los tumores vesicales resecaados. Valoramos la importancia de este marcador como predictor pronóstico en nuestros pacientes,

POSIBLES ESTRATEGIAS DEL LABORATORIO CLÍNICO PARA GARANTIZAR LA CALIDAD Y RENTABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE LAS MICROHEMATURIAS

Rodríguez F., Martínez M.C., Olmos L.
(H. Santa Mª Rosell - Cartagena)

En el contexto sanitario actual, basado fundamentalmente en el binomio coste eficacia, aunque la responsabilidad de la detección de *microhematuria*, como signo de enfermedad, corresponda al especialista en el Laboratorio Clínico y el diagnóstico y seguimiento compete al clínico; la gran frecuencia de su hallazgo, la escasa normalización de los diagnósticos de laboratorio, la controversia sobre las pautas diagnósticas y las aplica-

ciones clínico - económicas que ello puede conllevar, está obligando a los distintos sanitarios implicados a plantear soluciones que optimicen las precauciones sanitarias que sea necesario realizar.

En el presente trabajo analizamos algunas de las estrategias que, desde el Laboratorio Clínico y con el fin de garantizar la *eficacia diagnóstica* y aumentar la *rentabilidad clínica* de las microhematurias, actualmente se están realizando.

CONTRIBUCIÓN DEL LABORATORIO CLÍNICO AL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA MICROHEMATURIA

*Rodríguez F., Martínez M.C., Olmos L.
(H. Santa Mª Rosell - Cartagena)*

La presencia anormal de hematíes en la orina se conoce con el nombre de *hematuria*, pudiendo ser su causa cualquier tipo de lesión desde el glomérulo renal hasta el esfínter urinario externo. La hematuria microscópica o *microhematuria* suele ser bastante frecuente, siendo normalmente detectada por el especialista del laboratorio clínico en el transcurso de un control médico rutinario. Ante

dicho hallazgo se le plantean al clínico nuevas interrogantes de diagnóstico y/o seguimiento.

En el presente trabajo analizamos las diferentes pautas diagnósticas y protocolos de estudio clínico - analíticos frente a una microhematuria, resaltando muy especialmente la contribución que actualmente puede aportar el laboratorio clínico.

TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES EN TESTÍCULO ÚNICO (CASO CLÍNICO)

*Guzmán P., Aparicio T., Miñana B., Hita G., Cuesta F., Lorca J.
(H. Morales Meseguer - Murcia)*

Varón de 29 años de edad con el único antecedente previo de resolución quirúrgica de varicocele izquierdo a los 17 años y atrofia isquémica secundaria de dicho testículo.

DATOS CLÍNICOS

Consulta por aparición de una lesión nodular en testículo derecho de 1 mes de evolución sin sintomatología subjetiva asociada. -Exploración física:

- + Testículo izquierdo atrófico de 1.5 cm de diámetro alojado en el hemiescroto correspondiente.

- + Testículo derecho de tamaño normal, móvil en el que se palpa una lesión indurada dependiente de Dolo superior, bajo la cabeza epididimaria, de 1.5 cm. de diámetro. Cordón testicular normal.

- + Ausencia de adenopatías inguinales o supraclaviculares.

- Ecografía testicular: atrofia testicular izquierda. Lesión hipocogénica de 2 cm de diámetro bien delimitada y con microcalcificaciones en su interior, dependiente de polo superior de testículo derecho.

- Marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, B-HCG, LDH): normales.

ACTITUD TERAPEUTICA INICIAL.

Bajo el diagnóstico de neoformación testicular sobre testículo único derecho es realizada exploración quirúrgica vía inguinal bajo anestesia raquídea. Tras individualizar y aislar el cordón testicular se procede a la apertura de la túnica albugínea, comprobando la posibilidad técnica de realizar una cirugía conservadora de parénquima, circunstancia a la que accede el paciente en el mismo acto quirúrgico una vez explicados los riesgos. Tras la exéresis de la

lesión con un margen de parénquima sano es practicada también la extirpación de cabeza y la mitad del cuerpo del epididimo.

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO Y ESTADIAJE CLÍNICO

-Informe anatomopatológico: lesión compatible con seminoma clásico, con evidente infiltración linfocitaria e índice mitótico de 4/campo. Áreas múltiples de CIS en la vecindad del tumor. Margen quirúrgico libre de enfermedad. Muestras de parénquima restante con ausencia de lesiones de CIS. Ausencia de infiltración del epididimo.. -TAC toraco-abdomino-pelviano: ausencia de adenopatías viscerales, locorregionales o a distancia.

En resumen, seminoma testicular estadio clínico pT1N0M0 de la UICC (Estadio 1 tradicional).

SEGUIMIENTO Y CONTROLES

Tras una detallada explicación de los riesgos y posibilidades terapéuticas se decide mantener al paciente bajo vigilancia sin emplear terapia adyuvante con el siguiente esquema- bimensual durante el primer año, trimestral durante el segundo año y semestral hasta el quinto año, empleando exploración física, ecografía testicular, determinación de marcadores, Rx de tórax y TAC abdomino-pelviano.

No fue realizada radioterapia sobre el resto del parénquima ante la ausencia de CIS en las muestras remitidas para análisis A-P.

OBJETIVOS DEL CASO

Discusión de las posibilidades de terapia conservadora de parénquima en casos seleccionados, así como de la actitud terapéutica posterior en tal circunstancia y del esquema de seguimiento más adecuado para el paciente.

OTRAS COMUNICACIONES PRESENTADAS

Trombectomía en cava por Carcinoma de células renales.

Fontana L.O., Morga J.P., Navas J., G^a Ligeró J., García G^a F., Serrallach F., Tomás M.

(H. General Universitario - Murcia)

Papiloma invertido de pelvis renal.

G. Espona C., Alcaraz J.P., Santamaría O., Ortiz S., Ramírez J.R. ç

(H. Naval del Mediterráneo - Cartagena)

Adenocarcinoma mucinoso. Consideraciones sobre dos localizaciones diferentes en el aparato genitourinario.

G^a Ligeró J., García G^a F., Morga J.P., Navas J., Serrallach F., Tomás M., Rico J.L., Sempere A., Fontana L.O.

(H. General Universitario - Murcia)

Hidatidosis renal, a propósito de un caso.

Rigabert M., La Iglesia R., Montes M.J.

(H. Rafael Méndez - Lorca)

Tratamiento de la litiasis coraliforme con litotricia extracorpórea con ondas de choque como monoterapia.

Castillo D., Gómez G., Nicolás J.A., Bañ .A., Valdevira P., Prieto A., López P.,

Server G., Guardiola A., Martínez P., Castillo D., Pérez M.

(H. U. Virgen de la Arrixaca)

Hematopoyesis extramedular, un simulador de difícil diagnóstico.

Hita G., Guzmán P., Miñana B., F. Aparicio T., Lorca J., Cuesta F.

(H. Morales Meseguer - Murcia)

Nueva clasificación de consenso en las neoplasias uroteliales de vejiga según la OMS y la ISUP.

Chaves M.A.

(H. Morales Meseguer - Murcia)

Epidemiología y evolución de los tumores vesicales Ta.

Asensio L., Moreno J., Cervell J.M., Soler J., Garcia R.

(H. Santa M^a Rosell - Cartagena)

Valor de la expresión de p53 y c-erb en el carcinoma urotelial de localización vesical.

García F., Martínez F., Morga J.P., Navas J., G^a Ligeró J., Serrallach F.,

Tomás M., Rico J.L., Sempere A., Fontana L.O.

(H. General Universitario - Murcia)

Nuevos métodos en el diagnóstico y seguimiento de los tumores vesicales.

Serrallach F., Morga J.P., Navas J., G^a Ligeró J., G^a García F., Tomás M., Rico J.L., Sempere A., Fontana L.O.

(H. General Universitario - Murcia)

Rentabilidad de la urografía intravenosa en el seguimiento del Carcinoma transicional de vejiga.

Morga J.P., Navas J., G^a Ligeró J., García F., Serrallach F., Tomás M., Rico J.L., Sempere A., Fontana L.O.

(H. General Universitario - Murcia)

Cistitis y prostatitis secundaria a terapia intracavitaria vesical.

Ramírez L.R., Ortiz S., Alcaraz J.P., Santamaría O., G^a Espona C.

(H. Naval del Mediterráneo - Cartagena)

Adenocarcinoma mesonefrósico de vejiga, dos casos.

Moreno J., Cervell J.M., Asensio L., Soler J., García R. (H. Santa M^a Rosell - Cartagena)

Estudio Eco-Dopler en el varón con disfunción eréctil.

Rigabert M., García J.A., (Centro la Seda - Murcia)

Carcinoma epidermoide de uretra.

Alcaraz J.P., Santamaría O., G^a Espona C., Ortiz S., Ramírez J.R. (H. Naval del Mediterráneo - Cartagena)



XXXIV CONGRESO

ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

**ASOCIACIÓN UROLOGÍA
COMUNIDAD VALENCIANA**



VALENCIA
25-26 FEBRERO
2000

RECONSTRUCCIÓN DE LA VÍA URINARIA EN CASO DE DAÑO URETERAL EXTENSO

*Tomás M., Navas J., G^a Liger J., García G^a F., Serrallach F., Sempere J.L., Rico J.P., Morga J.P., Fontana L.O.
(H. General Universitario - Murcia)*

INTRODUCCIÓN

La desvitalización de amplios segmentos de uréter ocasiona necrosis o fibrosis que conlleva una obstrucción o ectasia de la unidad renal afectada. La causa más frecuente es la yatrogenia quirúrgica como la que puede ocurrir en las derivaciones o después de la cirugía ginecológica o colorrectal. Otras causas de pérdida ureteral pueden ser la radioterapia, la fibrosis retroperitoneal o tuberculoso, y los tumores ureterales.

El reimplante directo es posible cuando la afectación es distal y corta, precisando en ocasiones movilización y fijación vesical al psoas, pero otras veces es preciso sustituir longitudes importantes de uréter siendo entonces un segmento ileal un elemento útil.

OBJETIVOS

Valoramos en esta comunicación la experiencia de nuestro Servicio en la reconstrucción de las pérdidas extensas del uréter.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos revisado las historias clínicas de los pacientes que precisaron cirugía para resolver las pérdidas funcionales de amplios segmentos de uréter durante el periodo 1987-1999. Incluyen las de todos los pacientes con derivación urinaria (160 en total). Los datos obtenidos están en relación con indicaciones, técnica quirúrgica, complicaciones y

funcionalidad renal a largo plazo.

RESULTADOS

El grupo estudiado lo constituyen 14 pacientes, 7 mujeres y 7 hombres, con edades entre 24 y 72 años (media 52). Hemos encontrado 5 casos con lesión ureteral extensa tras derivación, 5 casos tras yatrogenia o radioterapia por enfermedad ginecológica, 2 por fibrosis tuberculosas y un caso por tumor ureteral y fibrosis postlitiasica respectivamente. En 9 casos se hizo sustitución ureteral completa, 4 bilaterales (13 unidades renales), 5 pacientes con derivación (dos de ellos tras neovejiga ileal), 3 tras yatrogenia ginecológica (dos después de radioterapia y uno por tuberculosis). Realizamos reimplantes a vejiga psoica en 6 casos, dos postlesión ginecológicas, 2 por tuberculosis, 1 por Tm de uréter y 1 postlitiasica. El resultado de las intervenciones a largo plazo con un seguimiento medio de 36 meses es muy aceptable tanto desde el punto de vista funcional como morfológico.

CONCLUSIONES

La sustitución ureteral con ileón y la vejiga psoica resultan técnicas útiles para preservar las unidades renales de pacientes que han sufrido pérdidas de segmentos ureterales importantes. La sustitución por ileón no crea problemas metabólicos adicionales.

SEGUIMIENTO MICROBIOLÓGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A DERIVACIÓN/SUSTITUCIÓN VESICAL TRAS CISTECTOMÍA. ¿CUÁNDO DEBEMOS REALIZAR TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO?

*Tomás M., Navas J., G^a Liger J., García G^a F., Serrallach F., Sempere J.L., Rico J.P., Morga J.P., Fontana L.O.
(H. General Universitario - Murcia)*

La incorporación de un segmento de intestino a la vía urinaria supone un cambio en la flora micobiana habitual con la que está en contacto la orina. Además, existen nuevas condiciones en el flujo urinario que pueden predisponer a la presencia de infecciones a este nivel.

Ante la sospecha de un uso excesivo de terapias antimicrobianas en estos pacientes, unos a los que se había realizado sustitución ortotópica vesical

tras la cistectomía, y a otros derivación mediante ureteroileostomía cutánea tipo Bricken

Hemos realizado a todos estos pacientes cultivo de orina, hemograma y bioquímica sanguínea con determinación, entre otros parámetros, de VSG, LDH, proteína C reactiva, fracciones C3 y C4 del complemento, y se analizan de forma comparada los resultados obtenidos, en relación con su situación clínica.

¿QUÉ TÉCNICAS DE IMAGEN SE DEBEN REALIZAR EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DERIVACIÓN URINARIA?

*Tomás M., Navas J., G^a Ligeró J., García G^a F., Serrallach F., Sempere J.L., Rico J.P., Morga J.P., Fontana L.O.
(H. General Universitario - Murcia)*

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con derivación urinaria pueden presentar a lo largo de su seguimiento alteraciones del tracto urinario relacionadas con la aparición de un tumor de urotelio superior, con la obstrucción de la anastomosis ureterointestinal o bien con problemas relacionados con el conducto de derivación o la neovejiga. Además la posibilidad de progresión tumoral obliga a realizar técnicas de imagen para hacer más eficaces los tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODO

Con el objetivo de valorar la rentabilidad de los estudios de imagen a los pacientes a los que hemos realizado cistectomía realizamos el estudio retrospectivo de una serie de 160 pacientes con derivación urinaria; de ellos 34 con sustitución ortotópica, 1 heterotópica, 2 ureterosigmoidostomías, 3 anos húmedos, 3 conductos colónicos y el resto ureteroileostomías (Bricker). Hemos realizado el estudio en un período comprendido entre 1987 y 1999 con un seguimiento medio de 33 meses.

Valoramos los hallazgos ecográficos, urográficos, ileográficos y de TC en relación con

alteraciones del árbol urinario superior, reservorios y conductos intestinales, así como de progresión retroperitoneal y recidiva pelviana.

RESULTADOS

Hemos encontrado Tm de vías en 14 pacientes (10,6%), 7 sincrónicos y 7 metacrónicos, de los que 4 aparecieron posteriores a la cistectomía.

En 32 (20%) se presentó estenosis ureterointestinal con hidro o pionefrosis y en 5 estenosis del asa ileal.

En 4 pacientes apareció megavejiga por obstrucción de anastomosis ureterovesical.

En 10 enfermos ocurrió recidiva pelviana (en los 2 primeros años), y en 6 enfermedad ganglionar.

CONCLUSIONES

Aunque la Urografía es la técnica que más alteraciones de la vía urinaria descubre, se puede alternar anualmente con ecografía y cuando la función renal está afectada la ileografía puede sustituirlos.

El TC está indicado sólo en el seguimiento durante los 2 primeros años de los pacientes con alto riesgo de recidiva pelviana o enfermedad ganglionar.

ESTENOSIS DEL ASA ILEAL EN PACIENTES CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER

*Tomás M., Navas J., G^a Ligeró J., García G^a F., Serrallach F., Sempere J.L., Rico J.P., Morga J.P., Fontana L.O.
(H. General Universitario - Murcia)*

INTRODUCCIÓN

La estenosis del segmento ileal aislado para la derivación urinaria tipo Bricker es una complicación infrecuente, especialmente en los adultos, que oscila entre el 4 y el 8%. Etiopatogénicamente se debe a la deplección linfóide del tejido expuesto a la orina, lo que perpetúa la infección, unido a la compresión producida por la hipertrofia de los ganglios mesentéricos. Clásicamente, su tratamiento ha sido la sustitución quirúrgica del segmento afecto o incluso del uso de Bricker en toda su longitud, aunque con la introducción de las técnicas endourológicas, en determinados casos se puede hacer una dilatación de la zona afecta que obvie la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan 5 casos de estenosis del asa de Bricker en pacientes sometidos a derivación urinaria tras cistectomía radical por cáncer urotelial vesical.

RESULTADOS

En dos de los casos de estenosis del asa ileal se hubo de recurrir a la reparación quirúrgica, mientras que en uno de ellos se procedió a la dilatación con balón, con un resultado poco satisfactorio lo que nos plantea una solución quirúrgica definitiva.

DISCUSIÓN

Se proponen unas directrices de actuación en los casos de estenosis del asa de Bricker.

INDICACIONES Y RESULTADOS DE LAS DERIVACIONES URINARIAS. PRESENTACIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

*Tomás M., Navas J., G^a Ligeró J., García G^a F., Serrallach F., Sempere J.L., Rico J.P., Morga J.P., Fontana L.O.
(H. General Universitario - Murcia)*

INTRODUCCIÓN

La derivación urinaria uretero-intestinal es una técnica quirúrgica mundialmente aceptada para solucionar los casos en los que tengamos pacientes con vejigas no funcionales o tumorales, bien invasivas, bien superficiales de mal pronóstico. Presentamos nuestra serie de derivaciones urinarias, la cual confirma que las actuales técnicas quirúrgicas, así como el arsenal farmacéutico y endourológico para solventar las posibles complicaciones hacen de este tratamiento una alternativa válida para nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde enero de 1986 hasta diciembre de 1999, se ha realizado un total de 160 derivaciones urinarias uretero-intestinales. La media de edad de estos pacientes es de 62,9 años, y la relación hombre/mujer, de 7 a 1. El seguimiento medio ha sido de 35 meses. Las indicaciones han sido: 1) invasión neoplásica del detrusor, 2) Tm de alto grado asociado a CIS que no respondían a quimioterapia intravesical, 3) recurrencias tumorales vesicales con corto intervalo libre de enfermedad y 4) por necesidades paliativas. El método de estadiaje utilizado ha sido el TNM de la UICC de 1987, basándose en los resultados de la RTU del Tm primario más la BMN vesical, radiografía de tórax, fosfatasas alcalinas séricas, estudio bioquímico hepático, gamma-grafía ósea y TC abdominopelviano.

RESULTADOS

Se han realizado 118 derivaciones tipo Bricker, 33 sustituciones vesicales, 3 conductos colonícos, 2 ureterosigmoidostomias, 3 ureteroscolostomías («ano húmedo») y una transureterostomía cutánea. En los casos de patología tumoral, la estirpe histológica más frecuente ha sido la urotelial (90%), seguida por la epidermoide (5%), adenocarcinoma

(4%) y carcinosarcoma (1%); el nivel de infiltración tumoral más frecuentemente hallado en la pieza de cistectomía ha sido el pT3b (31%), seguido del pT3a (26%), pT2 (13%), pT1 (8%), pT4 (8%) y pTa (3%); en el 11% de los pacientes no se halló tumor en la pieza de cistectomía. El grado de diferenciación tumoral urotelial más frecuente fue el III (74%), seguido del II (21%) y el I (5%). Un total de 21 pacientes recibieron quimioterapia sistemática, siendo principalmente de tipo adyuvancia. La supervivencia media a 5 años ha sido del 45%, siendo debida a progresión tumoral en el 26% de los pacientes, las cuales ocurrieron principalmente en los dos primeros años tras la cistectomía. Se halló una asociación significativamente estadística entre la mortalidad debida a progresión tumoral y el grado estadío tumoral y presencia de infiltración ganglionar (29% de los pacientes), tanto de forma aislada como para el conjunto de las variables pronósticas. El 42% de los pacientes tuvieron alguna complicación perioperatoria, de las que un 17% precisaron cirugía. Las complicaciones tardías aparecieron en el 34% de los pacientes, precisando de instrumentación quirúrgica el 32% de ellas. La complicación perioperatoria más frecuente fue la persistencia del íleo durante más de 5 días (23%), seguida de la fístula urinaria (16%), fiebre de origen desconocido (10%), infección de la herida (10%), eventración-evisceración (7,5%), sepsis (7,5%), neumonía (6%), HDA (6%), fístula intestinal (6%), IAM (4%), TEP (1%) y ERA (1%). La complicación tardía más frecuente fue la estenosis de la unión ureteroileal (56%), seguida del FRC (12%), pielonefritis (7%), hernia paraestomal (7%), anulación de la función renal (7%), fístula intestinal (7%), oclusión intestinal (3%) y litiasis (3%).

ALTERACIONES METABÓLICAS SECUNDARIAS A LA SUSTITUCIÓN ORTOTÓPICA VESICAL

Tomás M., Navas J., G^a Ligeró J., García G^a F., Serrallach F., Sempere J.L., Rico J.P., Morga J.P., Fontana L.O.
(H. General Universitario - Murcia)

INTRODUCCIÓN

La sustitución ortotópica de la vejiga se ha convertido en una opción muy aceptada como reservorio urinario continente tras la realización de cistectomía. Como siempre que utilicemos intestino para la cirugía reconstructiva de la vía urinaria, existe la posibilidad de aparición de alteraciones metabólicas que vendrán definidas por una parte por las deficiencias absorbivas consecutivas a la propia resección intestinal, y por otra por el contacto de la orina con el intestino, de forma que sus componentes pueden ser reabsorbidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Consideramos el conjunto de las 34 cistectomías seguidas de sustitución vesical realizados en nuestro Servicio. Cumplen criterios de inclusión en el estudio 26 pacientes. Se realizó estudio bioquímico y gasométrico a todos ellos. Analizamos las alteraciones metabólicas que pueden surgir en pacientes sometidos a sustitución vesical como consecuencia de la incorporación de un segmento de intestino al aparato urinario, comparándolas con las encontradas en otro grupo en el que se realizó derivación no conti-

nente mediante asa ileal de Bricker, en función del tiempo de evolución desde la cirugía.

RESULTADOS

La indicación fue por causa tumoral en 31 casos y no tumoral en 3 (1 cistitis intersticial y 2 microvejigas secundarias a terapia previa intravesical con BCG). La edad media fue de 60.3 años (48 - 71), todos varones. Se realizó neovejiga ileal en 22 pacientes; tipo Mainz en 9, Camey en 2 e Indiana en 1 caso. En nuestra serie, las alteraciones metabólicas son generalmente bien toleradas por el paciente dada su escasa repercusión clínica. No existen déficits absorbivos de relevancia.

COMENTARIOS

Existe una gran diversidad de alteraciones metabólicas que pueden aparecer secundarias a una sustitución vesical ortotópica. Una adecuada elección de los pacientes y del segmento intestinal, y un seguimiento estrecho, pueden reducirlas o minimizar su repercusión. No obstante, su posible existencia no debe ser obstáculo para la realización de este tipo de derivación tras cistectomía.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SUSTITUCIÓN VESICAL ORTOTÓPICA INTESTINAL

Tomás M., Navas J., G^a Ligeró J., García G^a F., Serrallach F., Sempere J.L., Rico J.P., Morga J.P., Fontana L.O.
(H. General Universitario - Murcia)

OBJETIVOS

Presentación del seguimiento de nuestra serie de pacientes cistectomizados sometidos a cirugía derivativa y reconstructiva mediante sustitución con neovejiga intestinal.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos una revisión retrospectiva de los 34 enfermos que fueron intervenidos en nuestro Servicio. Todos son varones con una edad media de 60 años (48-71), y un seguimiento que va desde los 5 meses hasta los 13 años. El motivo de la cirugía fue en un 91 % por cáncer vesical, en dos ocasiones por microvejiga secundaria a TBC y en otra por cistitis intersticial. En 22 de los enfermos se realizó una sustitución usando un segmento ileal destubulizado, en 9 casos una neovejiga ileocólica (Mainz), en dos pacientes una sustitución con neovejiga tubulizada (Camey I) y en el último caso se realizó una neovejiga ileocólica (Indiana-Pouch) con válvula autocateterizable tipo Mitrofanoff.

RESULTADOS

Las complicaciones tardías (más de 30 días) más

frecuentes fueron la estenosis de la unión uretero-neovejiga en 8 de las unidades reimplantadas (11.7%), con pérdida de 3 unidades renales, estenosis del neocuello en 3 (8.85%), formación de litiasis en 4 (11.7%), eventración en 2 (5.8%), 1 fístula en neovejiga, 1 suboclusión intestinal y 1 cáncer de uretra. 15 de estos pacientes requirieron algún tipo de intervención quirúrgica. Por diseminación de la enfermedad fallecieron 5 (14.7%), por adenocarcinoma de pulmón 3 (8.8%), y por sepsis 1 paciente (2.9%). El 88% de los enfermos están continentes durante el día, presentando incontinencia leve o moderada nocturna el 24%. La supervivencia global es de un 76.5%, con un seguimiento medio de 44 meses.

CONCLUSIONES

La sustitución vesical ortotópica intestinal tiene una tasa de complicaciones a largo plazo asumibles, haciendo especial hincapié en el grado de continencia que se obtiene en todas las series, que ofrece al paciente una buena calidad de vida.

REIMPLANTE URETRAL POR ESTENOSIS URETEROINTESTINAL EN PACIENTES CISTECTOMIZADOS

*Tomás M., Navas J., G^a Liger J., García G^a F., Serrallach F., Sempere J.L., Rico J.P., Morga J.P., Fontana L.O.
(H. General Universitario - Murcia)*

INTRODUCCIÓN

La estenosis de la anastomosis ureterointestinal constituye una de las complicaciones tardías más serias de los pacientes con cistectomía y derivación urinaria.

Aunque la resolución endourológica se ha perfilado en determinados casos como técnica adecuada por su baja tasa de complicaciones, en muchas ocasiones hay que recurrir a la cirugía abierta como solución definitiva, siendo bastante mayor su porcentaje de éxitos.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisamos una serie de 127 pacientes sometidos a cistectomía y derivación urinaria no continente y 34 con sustitución vesical, con una edad media de 60 años (38-82) y durante un periodo de 10 años, valorando la existencia de complicaciones en la anastomosis ureterointestinal y determinando la necesidad de cirugía abierta en aquellos casos en que otras técnicas no habían sido eficaces.

El diagnóstico se realizó por UIV, ileografía y ecografía.

RESULTADOS

Dentro del grupo de pacientes con complicaciones en la anastomosis ureterointestinal 37 requirieron algún tipo de tratamiento, de ellos el tipo de implante previo fue mayoritariamente (27 pacientes tipo Bricker) pero también tipo Le Duc y Leadbetter. En 24 pacientes se realizaron técnicas endourológicas, que fueron exitosas tan sólo un 30%.

De los que presentaron algún tipo de complicación de la anastomosis ureterointestinal, 23 (62.1 %) fueron intervenidos con cirugía abierta. De ellos a la mayor parte se les realizó reimplante ureterointestinal directo y en 3 pacientes sustitución uretral completa por íleon. Todas las intervenciones abiertas dieron resultados favorables.

CONCLUSIONES

- La cirugía abierta ha dado los mejores resultados.
- El paso inicial obligado es la nefrostomía derivativa.
- Las técnicas endourológicas pueden solucionar el problema en algunos casos.

SUSTITUCIONES VESICALES

*Bañón V., Gómez G., Martínez P., Nicolás J.A., Valdevira P., Prieto A.,
López P., Server G., Guardiola A., Martínez P., Castillo D., Pérez M.
(H. U. Virgen de la Arrixaca)*

Presentamos nuestra experiencia en la realización y seguimiento de los pacientes sometidos a sustitución vesical. Durante el período de tiempo comprendido entre 1990 a 1999, se han realizado en nuestro servicio un total de 31 sustituciones vesicales, todas ellas en varones con una edad media de 66 años. La técnica quirúrgica empleada con mayor frecuencia ha sido el Camey II.

Se revisan las complicaciones acaecidas tanto precoces como tardías, así como la modalidad de

tratamiento empleado.

Tras un seguimiento que oscila entre los 6 y 80 meses, la tasa de supervivencia es del 80%.

Cabe destacar un mayor índice de complicaciones tanto precoces como tardías en pacientes sometidos a sustitución vesical en comparación con otro tipo de derivaciones.

Palabras clave:

Vejiga, sustitución vesical, neoplasia vesical, derivación urinaria.

TRABAJO GANADOR DEL PREMIO "SALVADOR PASCUAL" 2000 DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

VALOR DE LA EXPRESIÓN DE P-53 Y C-ERB-2 EN EL CARCINOMA UROTELIAL DE LOCALIZACIÓN VESICAL

*F. García García, E. Martínez, J.P. Morga, J. Navas, J. G^a Ligero, F. Serrallach,
M. Tomás, J. L. Rico, A. Sempere, J. Gil Franco, L. O. Fontana.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia.
Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Murcia.*

RESUMEN

Presentamos 31 casos de tumores uroteliales de localización vesical, en los cuales hemos estudiado la expresión nuclear de la proteína P53 y la expresión de C-ERB-2, y lo hemos comparado con factores pronósticos conocidos. Hemos observado la existencia de una relación estadísticamente significativa entre dicha expresión y el grado y estadio tumoral así como con la progresión tumoral en las recidivas. De esto se puede deducir que la expresión de P53 y C-ERB-2 puede ser útil como factor pronóstico, aunque es necesario la realización de más estudios.

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad génica por acumulación de mutaciones tanto por activación de protooncogenes como por inactivación de genes supresores, conduce a una proliferación celular incontrolable así como a una pérdida de diferenciación celular. Esto constituye las bases de los mecanismos moleculares del cáncer.

El estudio de dichos mecanismos comenzó en la década de los 70 con los descubrimientos de los oncogenes y las técnicas de Biología Molecular con los estudios de Bishop y Varmus.

Cuando una mutación afecta a un protooncogen activándolo determina la aparición de un oncogen, lo que supone la expresión de oncoproteínas. Cuando la mutación afecta a genes supresores surgen proteínas aberrantes que carecen de función supresora. Dado que dos tumores morfológicamente similares pueden comportarse con patrones de agresividad radicalmente opuestos, durante la última década, se ha empezado a desvelar las funciones de un grupo de genes responsables del control que se ejerce en el ciclo celular, y es que el impacto de la detección de mutaciones en genes reguladores se centra en la posibilidad de su uso práctico en la clasificación de los pacientes en grupos de buen y mal pronóstico así como al incorporar estos parámetros al arsenal diagnóstico y pronóstico, diseñar estrategias terapéuticas más eficaces.

El oncogen C-ERB-B2 codifica una proteína similar al receptor de crecimiento epidermal y por lo tanto

puede contribuir a la estimulación del crecimiento celular, pudiendo su sobreexpresión relacionarse en los tumores vesicales con un estadio tumoral más alto o según los estudios de Moch y Moriyama de 1993, con un aumento de la progresión tumoral.

El gen supresor P-53 codifica una fosfoproteína nuclear cuya función es identificar errores para la replicación celular en fase G1 evitando reproducción de errores en fase S del ciclo celular y estimula genes relacionados con la apoptosis o muerte celular.

La mutación sobre el gen P-53 puede determinar alteración de las funciones mencionadas y mayor riesgo de recidiva, así como menor supervivencia (Esrig y Col 1993), también puede determinar mayor resistencia a quimioterapia (Lowe y Col 1994).

MATERIAL Y MÉTODO

La población estudiada es de 31 pacientes, de los que 25 son varones y 6 mujeres, con una edad media de 59,5 años (rango de 47 a 91 años), que presentaban tumor transicional de localización vesical. El tiempo medio de seguimiento fue de 1313 días (rango 240 a 1805 días).

Se excluyeron aquellos pacientes con otra neoplasia asociada. Las características clínico-patológicas de los pacientes se exponen en las figuras 1 y 2. De los 31 pacientes, 24 (77,4 %) recidivaron; de ellos 7 (22,58 %) presentaron una recidiva, 5 (16,1 %) dos recidivas y 8 (25,8 %), presentaron más de dos recidivas.

El tiempo medio hasta la 1ª recidiva fue de 399 días con un rango de 90 a 1.460 días. En dicha población se determinó el estudio histoquímico de los marcadores P-53 y C-ERB-2, utilizándose como método el de la AVIDINA - BIOTINA - PEROXIDASA en material parafinado con un anticuerpo monoclonal específico y un segundo anticuerpo.

Los criterios de valoración fueron:

- 1.- 0 menos del 5 % de tinción
- 2.- + 5 - 25% de tinción
- 3.- ++ 25 - 50 % de tinción
- 4.- +++ más de 50 % de tinción

En nuestro estudio hemos considerado positivo a partir del ED (5 - 25 %) en el caso de P53 siguiendo criterios del servicio de Anatomía Patológica. En el caso de CERB-2, dada la positividad de casi la totalidad de los pacientes si consideráramos positivo a partir del + (5 - 25) y siguiendo criterios bibliográficos (Rico y Col), hemos considerado positivo ++.

Tinciones positivas de P53 y C-ERB-2 las podemos apreciar en foto 1 y foto 2 respectivamente.

El método estadístico utilizado fue el test de Chi-cuadrado con corrección de Fisher o Yates si era preciso, para variables cualitativas y el test de la T de Student para variables cuantitativas dicotómicas o test de Anova si había más categorías.

El análisis multivariante se hizo mediante el análisis de regresión múltiple de Cox.

Todos los niveles de significación estadística se establecieron en el 5 %.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al analizar la relación entre la expresión del P53 y el C-ERB-2 y los factores pronósticos conocidos (edad, sexo, tamaño tumoral, número de tumores, número de recidivas, grado, estadio, etc.), hemos constatado una relación estadísticamente significativa de la expresión P53 y C-ERB-2 con el estadio, el grado y la edad (tablas 0, 1 y II). También hay una relación con la progresión tumoral en las recidivas (tabla III). No apreciamos relación estadísticamente significativa entre % de positividad de P53 y C-ERB-2 y presencia o ausencia de recidiva ni con el número de recidivas, aunque sí se aprecia una tendencia (tabla III). Quizás influya aquí el tamaño muestras que debe ser mayor.

Hemos constatado que todos los pacientes P53 - y C-ERB-, simultáneamente, no progresaron o no tuvieron recidiva. Los porcentajes de positividad de P53 y C-ERB-2 corte consecutivo de una muestra. Otro factor que puede influir es el método histoquímico de preparación y estudio de las muestras, que en algún caso se utiliza tejido de archivo parafinado y en otras tejido fresco congelado; otro factor que dificulta la comparación es la variedad de anticuerpos primarios utilizados (pab 240, pAb 1620, pAb 1801, CM-I, DO7, BP53 - 12, etc).

Es por todo esto que sería necesario unificar criterios, tanto en la elección de la muestra como en la metodología del estudio histoquímico realizado.

CONCLUSIONES

1- Hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre expresión de P53 y E-ERB-2 y el estadio y grado tumoral así como la edad de los pacientes que presentaban tumores transicionales de localización vesical, observándose también relación estadística con la progresión tumoral.

2- No hemos encontrado relación (estadísticamente significativa) con la aparición o no aparición de recidiva ni con el número de recidivas.

3- De la primera conclusión se puede deducir que el estudio de la expresión de P53 y C-ERB-2 puede ser útil como factor pronóstico en los tumores transicionales de vejiga.

4- Se hace necesario la realización de un mayor número de estudios, especialmente prospectivos, cuidando de unificar criterios tanto en las elecciones muestrales como en la metodología del estudio histoquímico realizado.

FIGURA 1

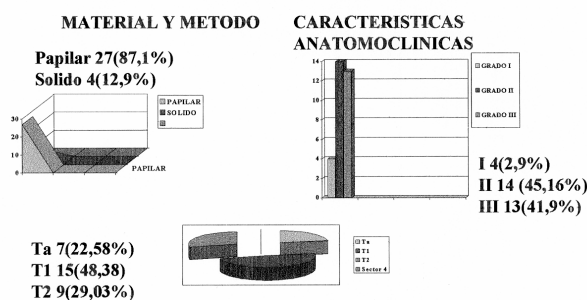


TABLA 0

RESULTADOS		RELACION DEL P53 CON LAS CARACTERISTICAS PATOLOGICAS DE LOS PACIENTES				
ESTADIO	P 53+	P53 -	GRADO	P53+	P53 -	%
Ta	25%	75%	I	1	6	14,8
T1	57,1%	42,9%	II	4	7	36,3%
T2	49,3%	50,7%	III	5	4	55,5%

Significativo con P menor de 0.05

FIGURA N° 2

MATERIAL Y METODO	N	%	SEGUIMIENTO
PACIENTES CON RECIDIVA	24	(77,4%)	
PACIENTES SIN RECIDIVA	7	(22,58%)	
	1	7 (22,58%)	
NUMERO DE RECIDIVAS	2	5 (16,1%)	
	+2	8 (25,8%)	
NUMERO DE TUMORES EN RECIDIVA	1	12 (38,7%)	
	+1	8 (25,89%)	

TABLA I

RESULTADOS		RELACION DEL C-ERB-2 CON LAS CARACTERISTICAS PATOLOGICAS DE LOS PACIENTES				
ESTADIO	C-ERB-2+	C-ERB-2-	GRADO	C-ERB2+	C-ERB -	%
Ta	25%	75%	I	2	5	28,5
T1	53,8%	46,2%	II	5	6	45,4
T2	50%	50%	III	6	3	66,6

Significativo con P menor de 0.05

TABLA II

RESULTADOS		RELACION DEL P53 Y C-ERB CON LAS CARACTERISTICAS PATOLOGICAS DE LOS PACIENTES				
EDAD	P53+	P53-	%	EDAD	C-ERB-2+	C-ERB-2-
+ 70	6	6	50%	-----	9	3 75%
- 70	4	10	28,5	-----	5	9 35,7%

Significativo con P menor de 0.05

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ESRIG D, ELMAJIAN D, GROSHEN S, FREEMAN JA, STEINT JP, CHEN SC, NICHOLS PN, SKINNER DG, JONES PA, COTE JR: «Accumulation of nuclear P53 and tumor progression in bladder cancer ». N. England J Med 1994; 331: 1259 - 1264.
- 2.- GARDINER RA, WALSH MD, ALLEN V, RHAMAN S, SAMARATUNGA MLTH, SEIMOUR GJ, LAVIN MF: « Immunohistological expresion of P53 in primary pT1 transitional cell bladder in relation to tumor progression ». Br J. Urol. 1994; 73: 526 - 532.
- 3.- KAMEL D, SOINI Y, NUORVA K, KHALIFA A, MANGOUD A, VÁHÁ KANGAS K, PÁÁKKÓP: « P53 and Cerb-B-2 expression in schistosomal urinary bladder carcinomas and schistosomal cystitis with premalignant lesion ». Virchows Archiv. 1994; 424: 349 - 355.
- 4.- LOWE SW, BODY S, MC CLATCHEY A, REMINGTON L, RULEY HE, FISHER DE, HOUSMAN DE, YACKS T: « P53 Status and the efficacy of cancer therapy in vivo ». Science 1994; 266: 807.
- 5.- MELLON K, WILKINSON S, VICKERS J, ROBINSON MC, SENTON BK, NEAL DE: « Abnormalities in P53 and DNA content in transitional cell carcinoma of the bladder ». Br. J. Urol 1994; 73: 522 - 525.
- 6.- MENENDEZ V, MOLINA PORTO R, ALCARAZ ASENSIO R, ALVAREZ-VIJANDE GARCIA R, ALCOVER GARCÍA JA, BALLESTA GIMENO MA, CARRETERO GONZALEZ P Expresión del gen supresor tumoral P53 en los carcinomas transicionales superficiales de vejiga. Actas urológicas españolas 1998; 8: 642 - 649.
- 7.- MOCH H, SAUTER G, MORE D, MIHATSCH MJ, GUDAT F, WALDMAN F « P53 and CERb-B-2 proteine over expresion are asociated with early invasion and metástasis in bladder cancer. Virchows Arch. A. Path Anat. Histophath. 1993; 423: 329.
- 8.- MORIYAMA M, AKIYAMA T, YAMAMOTO T, KAWAMOTO T, KATO T, SATO T, WATANUKI T, KIKAGE T, KATSUTTA N « Expression of C-Erb-B-2 gene product in urinay bladder cancer ». J. Urol. 1991; 145: 423.
- 9.- SAENZ J, BELLMUNT J, DE TORRES 1, LORENTE JA, RAVENTOS C, VALLEJO C, PEÑA JA, SOTELO E, LOPEZ MA, MOROTE J 5 DE TORRES DA. «Valor pronóstico de la P53 en pacientes con cancer de vejiga». Congreso nacional de urología. AEU junio 1995.

TABLA III

RESULTADOS		RELACION DEL P53 Y C-ERB CON LAS CARACTERISTICAS PATOLOGICAS DE LAS RECIDIVAS (1°)		
FACTOR	% P53	% C-ERB-2		
RECIDIVA AUSENCIA	30,4% 25%	57,1% 50%	P mayor 0.05	
PROGRESION AUSENCIA	58,33% 21,42%	66,6% 50%	P menor 0.005	
RECIDIVA U.	33,3%	55,5%		
RECIDIVA M.	35,5%	66,7%	no significativo	

INHIBIDORES DE LA ANGIOGÉNESIS Y CÁNCER DE PRÓSTATA

Autores: Miñana López B.; Fernández Aparicio T., Guzmán Martínez-Valls P., Hita Villaplana G

El cáncer de próstata (CAP) es el tumor urológico más prevalente y, sin duda alguna, conseguirá serlo también con respecto al total de tumores sólidos en los varones. En la actualidad, sólo podemos curar a aquellos que están organoconfinados, bien mediante la cirugía radical, bien con la radioterapia externa. Serán necesarios unos años para poder perfilar el lugar que ocuparán otras alternativas vigentes, en algún caso todavía experimentales, como la criocirugía o la braquiterapia.

Afirmar que sólo podemos curar aquellos CAP que todavía están localizados en el interior de la próstata supone asumir dos hechos: por un lado, que debemos centrar nuestros esfuerzos en un diagnóstico precoz para aumentar el número de pacientes que pueden ser curados; por otro, que los tratamientos no curativos, como la supresión hormonal, tras un cierto tiempo de control de la enfermedad, indefectiblemente serán superados por el crecimiento del tumor hasta la muerte del paciente.

El hecho de que el cáncer de próstata se diagnostique fundamentalmente en pacientes añosos, a veces con comorbilidades significativas, unido a la diferente biología del tumor según esté bien o mal diferenciado, añade a esta neoplasia una nueva connotación casi exclusiva: la posibilidad de omitir consecuentemente, en pacientes seleccionados, cualquier alternativa terapéutica y su morbilidad asociada sin que entrañe un perjuicio significativo para su vida.

Visto desde esta perspectiva global el futuro se plantea en varias direcciones. Como siempre, un objetivo consiste en llevar a cabo investigación básica sobre terapéuticas que permitan la curación del tumor aún cuando no permanezca organoconfinado, esencialmente quimioterapia sistémica y/o terapia génica.

Otro enfoque, realmente novedoso y que, por lo anteriormente referido, cobra especial trascendencia en este tipo de tumor, es la posibilidad de convivir con el tumor indefinidamente sin que comprometa la vida del paciente!. Supongamos que, si no destruir completamente sus células, al menos fuésemos capaces de impedir el crecimiento y la capacidad metastásica de las restantes. Pensemos por un momento lo que significaría esto en la gran cantidad de pacientes con enfermedad en estadio T3, que son sometidos a prostatectomía radical o radioterapia; en los que tienen un estadio T1c ó T2 con gleason alto; en aquellos pacientes añosos o con comorbilidades que son diagnosticados de un cáncer de próstata T1-T3 o en aquellos con enfermedad metastásica cuya evolución pudiese detenerse o enlentecerse. Está claro que,

de conseguirse este objetivo, el tratamiento y evolución del cáncer de próstata experimentaría el avance mas importante desde que Huggins (1941) comprobó la eficacia del bloqueo hormonal.

Este es, en resumen, el objetivo de la terapéutica con inhibidores de la angiogénesis propuesto inicialmente hace casi 30 años por Judah Folkman, de la Universidad de Harvard (1).

Este artículo, resumiremos las bases biológicas de esta terapéutica y las evidencias actualmente disponibles al respecto.

Bases biológicas. Regulación de la angiogénesis.

La angiogénesis es un fenómeno que consiste en la activación de las células endoteliales de un área concreta, normalmente quiescentes, dando lugar a la exhibición de un patrón de comportamiento autónomo que culmina con la formación de nuevos vasos sanguíneos. El proceso se inicia con la degradación proteolítica de la membrana basal y de la matriz extracelular circundante continuando, posteriormente, con la proliferación de las células endoteliales y su migración a través de la citada matriz ya degradada en dirección al foco de estímulo angiogénico. De esta forma, se van formando cordones sólidos que se tunelizan dando lugar a vasos sanguíneos que se anastomosan entre sí y con capilares preexistentes apareciendo flujo sanguíneo a su través.

Se trata realmente de un fenómeno fisiológico, controlado por un complejo sistema de interacciones entre sustancias reguladores que es esencial para la cicatrización de las heridas y también en distintas fases del ciclo reproductivo femenino como la ovulación, menstruación, desarrollo de la placenta o la lactancia. Cualquier sustancia que la interfiera, al menos en el plano teórico, lo haría también con estos procesos.

La secreción de altos niveles de sustancias inhibidoras en condiciones normales mantiene la angiogénesis en fase quiescente en los tejidos adultos sanos. El balance entre promotores e inhibidores determina su estado en los tejidos.

Promotores de la angiogénesis. Se han identificado docenas de estas sustancias. La mayoría están secretadas por los tumores o las células implicadas en la respuesta inmune, y la más importante es el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). La interacción con sus receptores desencadena la secuencia de eventos que da lugar a la activación de las células endoteliales.

Además, los enzimas secretados por los tumores

que degradan la matriz extracelular activa sustancias angiogénicas como el factor básico de crecimiento fibroblástico (FGFb), normalmente almacenado de forma inactiva en dicha matriz, o bien otros péptidos y oligosacáridos derivados de la degradación de la membrana basal o del ácido hialurónico. Muchas de estas sustancias tienen otras funciones fisiológicas como es

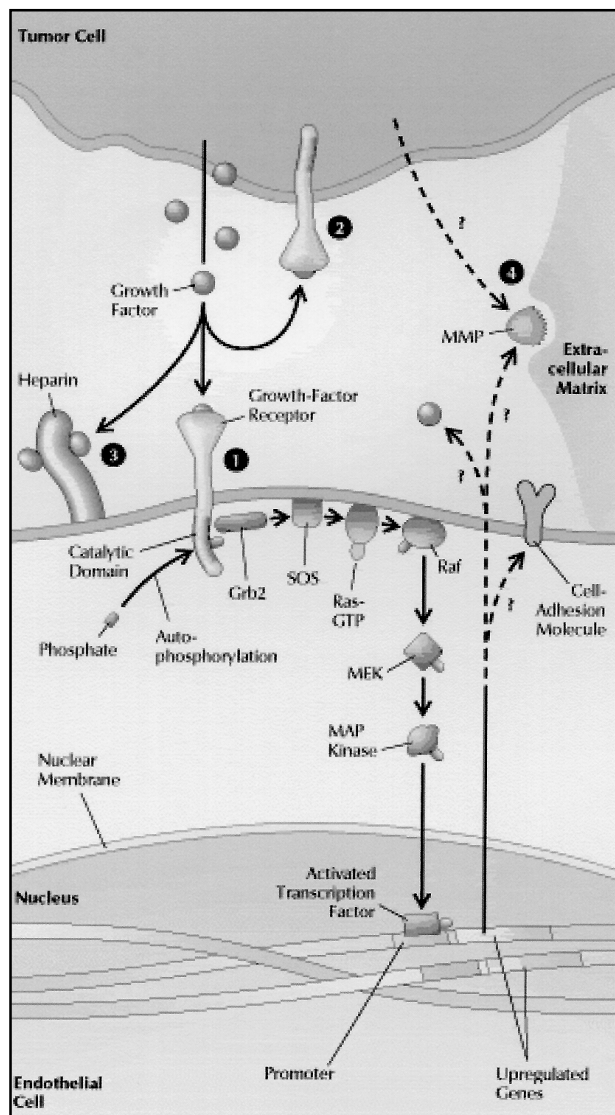


Figura 1. Mecanismos moleculares de angiogénesis.
Tomado de <http://www.hosp.pract.com/issues/1999/01/eckardt/htm>

el caso de las citocinas y ciertos factores de crecimiento. Sólo el VEGF tiene un efecto casi exclusivamente promotor de la angiogénesis. Los factores mejor estudiados en los tumores son el VEGF y el FGF básico (2).

Inhibidores de la angiogénesis.

Una gran cantidad de sustancias han sido identificadas con capacidad para inhibir la angiogénesis (Tabla I).

En condiciones normales, como ya se ha dicho, predomina el influjo inhibitor proporcionado por sustancias endógenas como la trombospodina.

Algunos inhibidores fisiológicos pueden activarse tras la degradación proteolítica de otras moléculas inicialmente no angiogénicas como la laminina, fibronectina, prolactina, plasminógeno y colágeno XVIII.

Otros inhibidores como los retinoides y análogos de la vitamina D3, derivan del metabolismo de la vitamina A y D. Así, niveles elevados del inhibidor *genistein* puede detectarse en altas concentraciones en la orina de los vegetarianos y podría contribuir al efecto protector de dichas dietas.

Desde el punto de vista de su utilización terapéutica, tratar de inhibir un sólo factor proangiogénico puede resultar inútil ya que suelen intervenir múltiples e, incluso, podría dar lugar a la selección de clones celulares que produzcan otros factores.

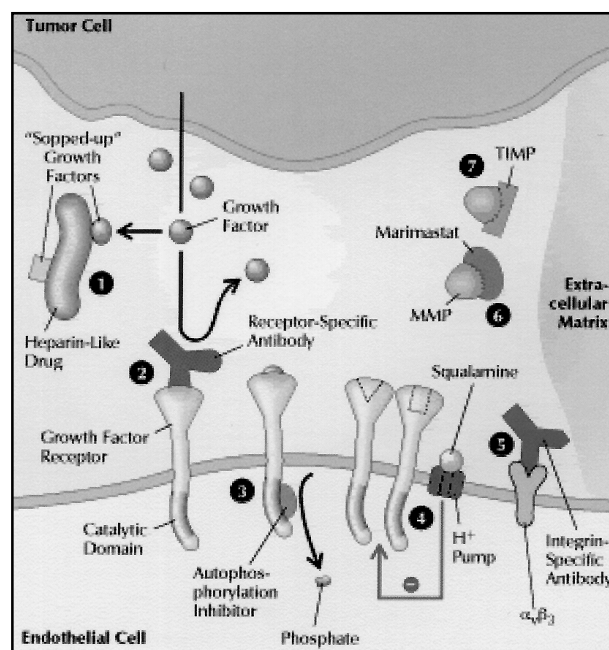


Figura 2. Mecanismos de inhibición angiogénica.
Tomado de <http://www.hosp.pract.com/issues/1999/01/eckardt/htm>

La administración sistémica de estos inhibidores puede disminuir significativamente el crecimiento del tumor primario y dejar latentes las metástasis. Estas sustancias actúan, básicamente, según 4 mecanismos de acción:

- Inhibiendo la secreción de sustancias proangiogénicas. (Ej. Interferón γ y p)
- Neutralizando la actividad de inductores angiogénicos secretados por el tumor, bloqueando sus receptores (Ej. Suramin)
- Uniéndose a las células endoteliales haciendo que no respondan a los estímulos. (Angiostatina y Trombospodina). Estas sustancias tienen el espectro más amplio de acción y en ellas están depositadas las máximas esperanzas.

d) Interfiriendo con el recambio de matriz extracelular. Las sustancias que impiden la degradación de la matriz son antiangiogénicos.

Naturalmente, según se deduce de su mecanismo de acción, estos agentes serían más citostáticos que citotóxicos aunque existen ciertas evidencias de que, inclusive, puedan actuar induciendo la apoptosis. Por tanto, su objetivo esencial será estabilizar el tumor más que curarlo. Esto permitiría la aplicación de otros tratamientos complementarios con fines destructivos o citoablativos.

Cáncer y angiogénesis

Pero además, la angiogénesis es un fenómeno esencial para el crecimiento y la capacidad metastásica de las neoplasias. Efectivamente, la observación de que los tejidos tumorales están altamente vascularizados llevó a plantear en las últimas décadas que los nuevos vasos sanguíneos deberían ser necesarios para la patogenia tumoral. De hecho, los tumores sólidos permanecen clínicamente insignificantes, menores de 2 mm. que es el tamaño máximo estimado que pueden crecer nutriéndose por difusión desde los capilares de tejidos circundantes, a menos que sean capaces de obtener los nutrientes por la neovascularización procedente de los capilares del huésped por un fenómeno de angiogénesis.

Los vasos neoformados tumorales son distintos de la neovascularización normal estructuralmente (vasos dilatados, seculares, tortuosos), histológicamente (ausencia de células de soporte como los pericitos) o funcionalmente (flujo discontinuo o inverso, estasis).

Las células tumorales no pueden entrar en la circulación general en número significativo si la angiogénesis no se ha producido. Cada aumento en densidad de neovascularización aumenta la superficie total disponible de intravasación y, por tanto, la capacidad de metastatizar. Además, las siembras metastásicas a distancia, para poder crecer, deben atraer también la formación de nuevos vasos desde los capilares del órgano donde asientan. Este hecho se correlaciona con la observación de que la densidad microvascular en los tejidos tumorales se correlaciona con frecuencia con el estadio patológico.

Recientes estudios han puesto de manifiesto de que el estímulo angiogénico es precoz en la carcinogénesis (3). La activación de oncogenes y/o inactivación de genes supresores da lugar a la aparición de un fenotipo tumoral manifestado esencialmente por una hiperactividad mitótica y menoscabo de la apoptosis. Dentro de estos cambios fenotípicos se incluye la capacidad precoz de inducir la angiogénesis. Así, la mutación del gen supresor p53 se acompaña de aumento de la expresión de VEGF y disminución de la secreción de trombospondina (4). Asimismo, la activación de la familia de oncogenes ras da lugar a un aumento de la síntesis de VEGF. Todos estos cambios son capaces de decantar a su favor la angiogénesis (5).

Angiogénesis y cáncer de próstata

Se han comunicado diferentes experiencias de investigación básica que relacionan la angiogénesis con la patogenia del cáncer de próstata, lo cual confiere cierta esperanza de que el bloqueo de la misma pueda ser un arma terapéutica útil.

Por un lado, se ha estudiado la influencia de la

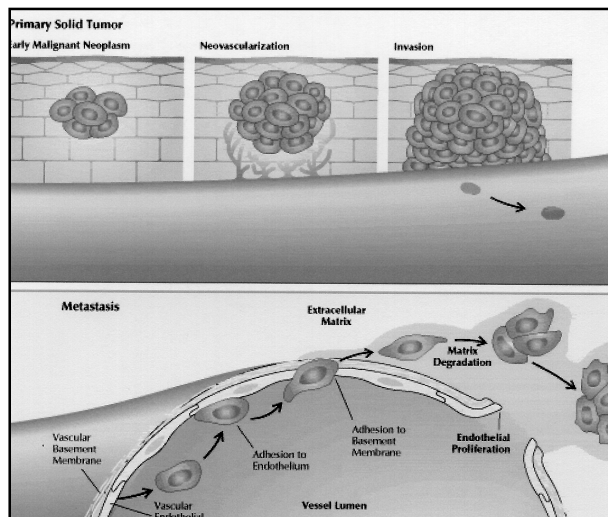


Figura 3. Necesidad de angiogénesis para la patogenia tumoral. Tomado de <http://www.hosp.pract.com/issues/1999/01/eckardt/htm>

densidad microvascular de los tumores como expresión del grado de angiogénesis inducida. Ciertos trabajos han evaluado retrospectivamente el valor predictivo de la densidad microvascular respecto a la extensión extracapsular del CAP. La predicción de la extensión extracapsular aumentó cuando esta variable se añadió al PSA y Gleason. No obstante, no todos los estudios han demostrado que sea una variable independiente, lo cual puede estar relacionado con diferencias de método, de test inmunohistoquímicos empleados, heterogeneidad tumoral, etc. La estandarización de técnicas y la confirmación prospectiva de los hallazgos positivos deben ser requerimientos previos para que la determinación de la densidad microvascular sea de utilidad clínica en el manejo rutinario del cáncer de próstata.

Por otro lado, múltiples sustancias con efectos promotores de la angiogénesis han sido identificados en el cáncer de próstata, lo cual también avala la utilización de este enfoque terapéutico (tabla 2).

Por último, los estudios experimentales en roedores ponen de manifiesto la importancia de la angiogénesis en la patogenia del CAP. Así, se ha conseguido inhibir el crecimiento de líneas celulares de CAP humano y de ratas con la administración de linomida, angiostatina, endostatina, TNP-470, pentosan y bopiramina oral (7), (8), (9), (10), (11). Estos estudios preclínicos han sido la base del diseño de ensayos clínicos para testar la eficacia y seguridad del empleo de estas sustancias en humanos, inicialmente en pacientes con CAP avanzado. Además, se ha empleado con éxito la linomida y endostatina, también a nivel experimental, como agen-

tes quimiopreventivo para la aparición de cánceres de próstata andrógeno inducidos en ratas (12), (13)

Estado actual de los ensayos clínicos

En 1992 se inició el primer ensayo clínico con estas sustancias (TNP-470) en pacientes neoplásicos (2).

Los resultados respecto del CAP no estarán disponibles a corto plazo por tres motivos esenciales: por la especial y prolongada historia natural del cáncer de próstata, porque son varias las moléculas ensayadas, probablemente con distinta actividad y, especialmente, porque sus resultados deben valorarse en términos de prolongación de supervivencia, retraso de la progresión y toxicidad aceptable, siendo necesario para evaluar estas variables estudios prospectivos randomizados con suficiente número de enfermos y seguidos durante un tiempo prolongado. Por ello, la mayoría de los agentes no han pasado de la fase 1 y 11 de los ensayos clínicos 14:

- Combinación de *interferón* α y *retinoides* en el CAP metastásico hormonorefractario. El problema de estos agentes es distinguir en qué medida el interferón actúa por su poder antiangiogénico y no antimetabólico e inmunomodulador.

- *Suramin* ha sido la molécula más efectiva y estudiada hasta el momento, aunque tampoco es el ideal porque posee por sí mismo actividad antimetabólica y su toxicidad es significativa (linfopenia, trombopenia, nefrotoxicidad, insuficiencia adrenal disfunción hepática reversible).

El National Cancer Institute de Estados Unidos está patrocinando ensayos con múltiples sustancias (Talidomida, ácido *cis*-retinoico. TNP-470, SU101, briostatina) en el CAP hormonorefractario.

Conclusiones

Los inhibidores de la angiogénesis pueden ser una aproximación terapéutica muy interesante en los próximos años. En particular, pueden ser especialmente efectivos como tratamientos adyuvantes en pacientes con tumores en estadios T3 sometidos a prostatectomía radical o radioterapia; en los pacientes con estadio T1-2 y anatomía patológica desfavorable; como monoterapia en pacientes no susceptibles de tratamiento o, por último, en los estadios avanzados, asociado a hormonoterapia o a nuevos agentes quimioterápicos en los tumores hormonoresistentes.

Otra posible utilidad, también por demostrar, es la posible quimiopreención del CAP con la ingesta oral de estas sustancias, especialmente en pacientes de riesgo.

Indudablemente, cualquier conclusión actual a este respecto es precipitada, pero hemos de seguir su desarrollo con interés y sin dejarnos llevar excesivamente por el entusiasmo.

TABLAS

Tipo de Cáncer	Inductores de angiogénesis
Próstata	TGF α y TGF β
	FGF b
	SF
	PDGF
	EGF
	FNT α

Tabla1. Factores inductores angiogénicos identificados con el cáncer de próstata.

CATEGORÍA	EJEMPLOS
Antineoplásicos	Antiestrógenos
	Bleomicina
	Metotrexate
	Retinoides
	Paclitaxel
Tratamiento antitumoral	Hipertermia
	Radioterapia
Antibióticos	Linomida
	TNP-470 y otros derivados de la fumagilina
	Minociclina
	Suramin
Productos de proteólisis de sustancias inactivas	Fragmentos de laminina
	Endostatina (del colágeno)
	Angiostatina (del plasminógeno)
	Fibronectina
	Prolactina
Inhibidores de proteasas	Inhibidores de metaloproteinasas
	Antagonistas de receptores de urokinasa
Sustancias endógenas	Interferones
	Trombospondinas
	Factor plaquetario 4
	Interleukinas 1, 4 y 12
	Proteína 10 inducible por interferón gamma
Otros	Acetil salicílico
	Captopril
	Talidomida
	Análogos de la Vitamina D
	Anticuerpos frente a integrinas $\alpha v \beta 3$ y $\alpha v \beta 5$

Tabla2. Clasificación inhibidores angiogénesis (14)..

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Folkman J.: **‘Tumor angiogenesis: therapeutic implications’**. New Engl. J. Med., 285: 1182.1971.
- (2) Eckardt S.G.: **‘Angiogenesis inhibitors as Cancer Therapy’**. Hospital Practice on line, January. 1999.
- (3) Hananan D. and Folkman J.: **‘Patterns and emerging mechanisms of the angiogenic switch during tumorigenesis’**. Cell, 86: 353. 1996.
- (4) Dameron KM, Volpert OV, Tainsky MA and Bouck N.: **‘Control of angiogenesis in fibroblasts by p53 regulation of thrombospondin-1’**. Science, 265: 1582. 1994.
- (5) Rak J, Mitsuhashi Y, Bayko L, Filmus J, Shirasawa S, Sasazuki T and Kerbel RS.: **‘Mutant ras oncogenes upregulate VEGF, VEGFR expression: implications for induction and inhibition of tumor angiogenesis’**. Cancer Res., 55: 4575. 1995.
- (6) Bostwick DG, Wheeler TM, Blute M, Barret NM, MacLennan GT, Sebo TJ, Seardino PT, Humphrey PA, Hudson MA; Fradet Y, Miller GJ; Crawford ED; Blumstein BA, Mahran HE and Miles BJ.: **‘Optimized microvessel density analysis improves prediction of cancer stage from prostate needle biopsies’**. Urology, 48: 47. 1996.
- (7) Vukanovic J., Hartley-Asp B, and Isaacs JT: **‘Inhibition of tumor angiogenesis and the therapeutic ability of linomide against rat prostatic cancers’**. Prostate, 26: 235. 1995.
- (8) Reilly MS, Holmgren L., Chen C., and Folkman J.: **‘Angiostatin induces and sustains dormancy of human primary tumors in mice’**. Nature Med, 2: 689. 1996.
- (9) Yamaoka M., Yamamoto T., Ikeyama S., Sudo K., and Fujita T.: **‘Angiogenesis inhibitor TNP-470 (AGM-1470) potently inhibits de tumor growth in hormone independent human breast and prostate carcinoma cells lines’**. Cancer Res., 53: 5233.1993.
- (10) Nguyen NM, Lehr JE, and Pienta KJ: **‘Pentosan inhibits angiogenesis in vitro and suppresses prostate tumor growth in vivo’**. Anticancer Res., 13: 2143. 1993.
- (11) Sarosdy MF, Higdon AL, and Demoor CA.: **‘In vivo antitumor activity of bropiramine against PAH and Dunning Mat-LyLu rodent prostate cancers’**. J. Urol., 155: 2085. 1996.
- (12) Joseph IBJK, Vukanovic J. And Isaacs JT: **‘Antiangiogenic treatment with linomide as chemoprevention for prostate, seminal vesicle, and breast carcinogenesis in rodents’**. Cancer Res., 56: 3404. 1996.
- (13) Yokoyama Y., Green JE., Sukhatme VP, Ramakrishnan S.: **‘Effect of endostatin on spontaneous tumorigenesis of mammary adenocarcinoma in a transgenic mouse model’**. Cancer Res., 60: 4362.2000.
- (14) Campbell SC. : **‘Advances in angiogenesis research: relevance to urological oncology’**. J.Urol., 158: 1663. 1997.

Reproducimos el artículo publicado por D. José Meseguer y Huertas, en el *Siglo Médico de Madrid*, el día 2 de abril de 1865, por ser el primer trabajo propiamente urológico escrito por un murciano y al que consideramos de interés el rescatarlo del olvido para conocimiento de los actuales urólogos murcianos.

Número 587.

Madrid 2 de Abril de 1865.

Año XII.

EL SIGLO MEDICO.

(BOLETIN DE MEDICINA Y GACETA MÉDICA.)

PERIÓDICO DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

CONSAGRADO A LOS INTERESES MORALES, CIENTÍFICOS Y PROFESIONALES DE LAS CLASES MÉDICAS.

PUBLICACION.

Se publica todos los domingos: formará un tomo cada año. Los suscritores pueden adquirir con un 10 por 100 de baja las obras publicadas en la *Biblioteca de medicina y en Museo científico*.

SUSCRICION.

En *Madrid* 12 rs. el trimestre, en la *Redaccion*, calle de la Concepcion Jerónima, 14, pral.—En *Provincias* 15 rs. el trimestre en casa de los comisionados, mediante libranzas.—En el *Estranjero y Ultramar* 20 rs. por un año, y 100 en *Filipinas*.

SECCION PRACTICA.

Cálculo vesical voluminoso; operacion de la talla; curacion; por don José Meseguer y Huertas, cirujano de número del hospital de Murcia.

Antonia Cutillas Ramirez, natural de Fortuna, de 54 años de edad, de constitucion débil, deteriorada y empobrecida á consecuencia de una afeccion calculosa envejecida, entró en este hospital provincial el día 5 de febrero próximo pasado. La situacion de la paciente era tristisima en efecto; su demeracion general, la coloracion térrea de su rostro, y el círculo rojo del insomnio que rodeaba sus órbitas, significaban claramente que sufría mucho. Su perpétua estranguria la colocaba en un tormento constante, que la obligó á abandonar su pobre hogar doméstico para implorar en dicho establecimiento los recursos del arte, pidiendo con instancia que se le diese una bebida que la privase el sentido, y despues que la abriesen para sacarle una piedra que tenia en el intestino y otra en la vejiga de la orina. Antes de reconocerla nos hizo saber que su padecimiento databa desde el año 53, en cuya época, y á consecuencia de graves disgustos empezó á sufrir cólicos nefríticos, que á los dos años dieron por resultados la espulsion de un cálculo del volumen de un hueso de aceituna. Este fenómeno no puso término á sus padecimientos, los cólicos continuaron; más tarde se hizo difícil y dolorosa la emision de la orina, y segun recuerda la enferma, en el año 57 ya tenia que ladearse la piedra con los dedos de la mano derecha para moderar los dolores, dejando más libre el paso de la orina.

Con esta série de sufrimientos, unas veces más, otras menos intensos, llegó el mes de diciembre del 64 en cuya época se hicieron ya insoportables. Se le cerró el conducto de la orina segun espresion de la enferma; estuvo cinco dias sin orinar, y fué tanta su agravacion, que el día 15 de enero último dispuso el facultativo de su asistencia que la administrasen la Estremauncion.

El cálculo fué tambien violentado por la presion de las tenazas, y en su consecuencia destruidas algunas porciones de sus capas mas escéntricas.

Por lo expuesto se comprende que nada extraordinario ocurrió, en los tiempos operatorios. La vejiga quedó bien limpia de los fragmentos calculosos desprendidos; la hemorragia se contuvo á beneficio de las inyecciones de agua practicadas para lavar el interior de aquel receptáculo membranoso, y la herida simplemente curada con planchue-

terma, introduje el cistotomo oculto de Fr. Cosme en la uretra, y separando el cálculo hácia la derecha, avancé el instrumento entre aquel, el cuello y el cuerpo de la vejiga, retirándolo abierto al grado número 2.º de su escala y en una direccion ligeramente oblicua de dentro afuera y de arriba á bajo. Reconocida entonces con el indice de la izquierda la posicion del cálculo, relacionando á la vez su volumen con la incision practicada, comprendi la necesidad de agrandarla, para no violentar demasiado los tejidos en el acto de la estraccion. El mismo dedo explorador sirvió de conductor á un bisturí recto de boton, quedando á poco dilatada la herida en un sentido contrario á la primera. Colocado despues con el mismo dedo el diámetro menor del cálculo en relaciones con la herida, fué ya no muy difícil cojerlo con unas tenazas rectas de mediano volumen y practicar su estraccion, no sin dejar de violentar alguna cosa los tejidos.

El cálculo fué tambien violentado por la presion de las tenazas, y en su consecuencia destruidas algunas porciones de sus capas mas escéntricas.

Por lo expuesto se comprende que nada extraordinario ocurrió, en los tiempos operatorios. La vejiga quedó bien limpia de los fragmentos calculosos desprendidos; la hemorragia se contuvo á beneficio de las inyecciones de agua practicadas para lavar el interior de aquel receptáculo membranoso, y la herida simplemente curada con planchue-las de agua fria, que se sujetaron con una compresa y un vendaje de T., quedando todo terminado en el espacio de unos 6 á 8 minutos.

Las dimensiones del cálculo son: 50 milímetros de longitud, 46 de latitud, y 35 de altura, siendo su circunferencia de 13 centímetros. Sus apariencias quimicas fosfato de cal con núcleos de ácido úrico. Su peso, sin contar la parte destruida por las tenazas, es de 10 dracmas. Su figura es almendriforme.

Hasta aqui la historia del importante caso práctico objeto de estas líneas.

Para concluir debemos añadir á nuestros lectores que el estado de la operada es satisfactorio, adelantando rápidamente en su curacion, hasta el punto de haber entrado ya casi en el periodo de la convalecencia.

Reciba, pues, nuestra cordial felicitacion el Sr. Meseguer Huertas por la feliz cima que ha sabido dar á una operacion que tanto debe lisonjearle, no solo por sí misma, sino por las desfavorables circunstancias patológicas en que se hallaba la que, poseida hoy del más vivo reconocimiento, ha vuelto en pocos dias al pleno goce de su salud.

D. ESPINOSA.

CÁLCULO VESICAL VOLUMINOSO; OPERACIÓN DE LA TALLA; CURACIÓN

por D. José Meseguer y Huertas, cirujano de número del hospital de Murcia.

Antonia Cutillas Ramírez, natural de Fortuna, de 54 años de edad, de constitución débil, deteriorada y empobrecida a consecuencia de una afección calculosa envejecida, entró en este Hospital Provincial el día 5 de febrero próximo pasado. La situación de la paciente era tristísima en efecto; su demacración general, la coloración térrea de su rostro, y el círculo rojo del insomnio que rodeaba sus órbitas, significaban claramente que sufría mucho. Su perpetua estranguria la colocaba en un tormento constante, que la obligó a abandonar su pobre hogar doméstico para implorar en dicho establecimiento los recursos del arte, pidiendo con instancia que se le diese una bebida que la privase el sentido, y después que la abriesen para sacarle una piedra que tenía en el intestino y otra en la vejiga de la orina. Antes de reconocerla nos hizo saber que su padecimiento databa desde el año 53, en cuya época, y a consecuencia de graves disgustos empezó a sufrir cólicos nefríticos, que a los dos años dieron por resultado la expulsión de un cálculo del volumen de un hueso de aceituna. Este fenómeno no puso término a sus padecimientos, los cólicos continuaron; más tarde se hizo difícil y dolorosa la emisión de la orina, y según recuerda la enferma, en el año 57 ya tenía que ladearse la piedra con los dedos de la mano derecha para moderar los dolores, dejando más libre el paso de la orina.

Con esta serie de sufrimientos, unas veces mas, otras menos intensos, llegó el mes de diciembre del 64 en cuya época se hicieron ya insoportables. Se le cerró el conducto de la orina según expresión de la enferma; estuvo cinco días sin orinar, y fue tanta su agravación, que el día 15 de enero último dispuso el facultativo de su asistencia que le administrasen la extremaunción.

Desde esta época, hasta su entrada en el Hospital, todo ha sido una serie encadenada de malestar, de insomnio y de dolores. En vista de este cuadro desconsolador y de los continuos ayes que exhalaba la enferma, todo hacía presumir que se acercaba el término de su padecimiento sobrellevado con admiración por espacio de tantos años. Reconocida, sin embargo de una manera detenida, hice constar la presencia de un cálculo voluminoso en la vejiga de la orina, cuyo órgano, reducido y contraído sobre la piedra, apenas dejaba espacio para los movimientos de exploración con la sonda de mujer, ofreciéndose dificultades hasta su introducción por hallarse colocado la piedra en el fondo inferior de la vejiga y casi tapando el orificio interno de la uretra.

Desfavorablemente impresionado con estas contraindicaciones formales de la litotricia, a la que profeso especial afecto por haberla sufrido, y por haberla practicado recientemente con éxito feliz, dudé si debería recurrir a la operación de la talla, y si esta mujer, rodeada de tan desfavorables condiciones orgánicas, resistiría impunemente de las naturales consecuencias de aquella. En esta duda, y en la necesidad imperiosa de obrar, intenté dilatar la vejiga a beneficio de una inyección de agua templada, con el doble objeto de probar a coger la piedra con un instrumento litotritor; pero mi tentativa fue completamente inútil, porque ni el líquido pudo contenerse en la vejiga, ni mucho menos abrirse más de

cinco milímetros el litodasto de Civiale. La litotricia era completamente impracticable: no quedaba otro recurso que el de esa operación atrevida que forma el complemento del tratamiento de la afección calculosa: la talla. Así opinaron los compañeros que vieron a la enferma, y en su consecuencia esperé la oportunidad de un día sereno, y el 16 de febrero último le practiqué la talla uretral en presencia de varios profesores del establecimiento y de la población. Para tal efecto, se cloroformizó y colocó convenientemente a la enferma, introduce el cistotomo oculto de Fray Cosme en la uretra, y separando el cálculo hacia la derecha, avancé el instrumento entre aquél, el cuello y el cuerpo de la vejiga, retirando abierto al grado número 2º de su escala y en una dirección ligeramente oblicua de dentro afuera y arriba abajo. Reconocida entonces con el índice de la izquierda la posición del cálculo, relacionando a la vez su volumen con incisión practicada, comprendí la necesidad de agrandarla, para no violentar demasiado los tejidos en el acto de la extracción. El mismo dedo explorador sirvió de conductor a un bisturí recto de botón, quedando a poco dilatada la herida en un sentido contrario a la primera. Colocado después con el mismo dedo el diámetro menor del cálculo en relaciones con la herida, fue ya no muy difícil cogerlo con unas tenazas rectas de mediano volumen y practicar su extracción, no sin dejar de violentas alguna cosa los tejidos.

El cálculo fue también violentado por la presión de las tenazas, y en su consecuencia destruidas algunas porciones de sus capas más excéntricas.

Por lo expuesto se comprende que nada extraordinario ocurrió, en los tiempos operatorios. La vejiga quedó bien limpia de los fragmentos calculosos desprendidos; la hemorragia se contuvo a beneficio de las inyecciones de aguas practicadas para lavar el interior de aquel receptáculo membranoso, y la herida simplemente curada con planchuelas de agua fría, que se sujetaron con una compresa y un vendaje de T, quedando todo terminado en un espacio de unos 6 u 8 minutos.

Las dimensiones del cálculo son: 50 milímetros de longitud, 46 de latitud, y 35 de altura, siendo su circunferencia de 13 centímetros. Sus apariencias químicas fosfato de cal con núcleos de ácido úrico. Su peso, sin contar la parte destruida por las tenazas, es de 10 dragmas. Su figura es almendriforme.

Hasta aquí la historia del importante caso práctico objeto de estas líneas.

Para concluir debemos añadir a nuestros lectores que el estado de la operada es satisfactorio, adelantando rápidamente en su curación, hasta el punto de haber entrado ya casi en el periodo de la convalecencia.

Reciba, pues, nuestra cordial felicitación el Sr. Meseguer Huertas por la feliz cima que ha sabido dar a una operación que tanto debe lisonjearle, no solo por si misma, sino por las desfavorables circunstancias patológicas en que se hallaba la que, poseída hoy del más vivo reconocimiento, ha vuelto en pocos días al pleno goce de su salud.

D. ESPINOSA

MOZAMBIQUE. COOPERACION EN UROLOGIA

Andrés Sempere Gutiérrez. Hospital General Universitario. Murcia

A petición del Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC), ONG española que trabaja en diversos proyectos en Mozambique desde hace ya 11 años y a la que me une una gran amistad con sus miembros, me desplazé a Maputo con la idea de formar en cistoscopia y en técnicas urológicas básicas a todos los cirujanos generales existentes en el país. Esta iniciativa estaba enmarcada dentro del proyecto "Mejora de la calidad en la asistencia quirúrgica en los hospitales provinciales de Mozambique" cuya financiación fue realizada por la Agencia Española de Cooperación Internacional. Los cursos se desarrollaron en los tres hospitales centrales con una duración de dos semanas por curso. A estos hospitales se desplazaron los cirujanos generales de las distintas provincias y a cada uno, además de impartirles el curso, se les hizo entrega en mano de un equipo completo de cistoscopia acompañado de pinzas de biopsia y varios electrodos para realizar pequeña cirugía endovesical así como un juego de dilatadores para estenosis de uretra.

Para que os hagáis una idea os daré unas pinceladas de esta zona de África. Mozambique es una república presidencial con un gobierno salido de las urnas el pasado mes de Diciembre. Tiene una población de 18 millones de habitantes distribuidos en 10 provincias con una extensión de 750.000 kilómetros cuadrados (vez y media España). El 30% de la población vive en edificios como los que estamos acostumbrados a ver en España (más o menos cuidados) y el resto vive en chabolas de barro y caña o de hojalata. Aún dentro de las ciudades, no todo el mundo tiene agua corriente en las casas y la luz eléctrica va y viene con bastante frecuencia. La población rural que vive en chabolas no tienen agua corriente ni luz ni desagües. El analfabetismo es altísimo así como la mortalidad de la población tanto adulta como infantil. Todavía mucha gente se MUERE DE HAMBRE. Está considerado como un país políticamente estable, desde el final de la guerra civil en 1992. Como consecuencia de esta estabilidad fue el país con el crecimiento mayor de todo el mundo en el año 1999. El sistema sanitario está estructurado de la siguiente forma:

- Hospitales centrales: existen tres en el país situados uno en el Sur (Maputo) con 1500 camas, centro (Beira) con 800 camas y norte (Nampula) con 600 camas. Son el último peldaño en la escala sanitaria. Lo que no se puede resolver en los hospitales centrales del norte y centro se deriva al hospital central de Maputo.

- Hospitales provinciales: existe uno por cada provincia, excepto en aquellas que tienen hospital

central. Cuentan como mínimo con un traumatólogo, un ginecólogo, un cirujano general, un pediatra, un internista y un anestesista. Además cuentan, para la asistencia médica, con técnicos en medicina, en anestesia y en cirugía general. La figura del técnico se encuadra entre el médico y el diplomado en enfermería.

- Hospital rural: Distribuidos en algunas provincias en número de 1 a 2 por provincia. No cuenta con especialistas. Suelen tener entre 100-150 camas.

- Centro de salud: de distinta categoría según tengan o no maternidad.

- Puesto de salud: donde se encuentra un auxiliar que trata fundamentalmente diarreas y malaria.

El país dispone de un total de 700 médicos (médicos generales y especialistas). En cuanto a la Urología existe un solo servicio en el hospital central de Maputo formado por un urólogo cubano y dos cirujanos mozambiqueños que se están especializando en urología. La patología urológica más frecuentes son las fístulas vesico-vaginales o vagino-rectales como consecuencia de partos prolongados (Yo he visto auténticas cloacas en las que ha desaparecido la vagina, cara posterior de vejiga y anterior de recto); carcinoma vesical de estirpe escamosa en un 95% como consecuencia de la esquistosomiasis; las alteraciones a nivel genitourinario de la tuberculosis y la esquistosomiasis; estenosis de uretra; patología prostática (aunque sea difícil de creer, también hay ancianos); patología inguino-escrotal.

Unos días previos a mi llegada, que fue el 12 de febrero, había comenzado una catástrofe natural en la zona centro y sur del país de dimensiones impensables en sus comienzos. Mozambique estaba sufriendo las lluvias más intensas de los últimos 35 años. Maputo, la capital, se encontraba aislada por vía terrestre del resto del país y las comunicaciones con Sudáfrica y Suazilandia, sus fronteras más próximas, estaban también cortadas. A esto se añadió el ciclón Eline que afectó a la zona centro provocando también inundaciones en esta región. Las lluvias habían terminado pero curiosamente el cauce de los ríos continuaba aumentando, la gran catástrofe estaba por llegar.

A la vez que llovía en Mozambique los hacía en Sudáfrica, país vecino y rico con buenas infraestructuras. La mayor parte de los productos consumidos en Mozambique provienen de Sudáfrica. En sus embalses el agua estaba a punto de desbordarse. Durante la noche del sábado 26 de Febrero se consumió

la destrucción. El gobierno de Sudáfrica decidió abrir las compuertas de las presas del río Limpopo, cuyas aguas corren por Mozambique para desembocar en el Océano Indico. Una gran ola de agua se precipitó en el valle del Limpopo anegando por completo tres ciudades hasta su práctica desaparición. La población se desplazaba hacia los barrios altos para dormir en la calle y comer lo proveniente de la ayuda internacional. Los muertos y desaparecidos se contaban por millares. No había luz eléctrica ni agua y la comida era escasa. Comenzó el pillaje y la policía no tenía capacidad ninguna para controlar la situación. La ayuda internacional había llegado tarde, cuando ya políticamente era inhumano no tender la mano a esta pobre gente. Todo lo que se había progresado en varios años quedó destruido en pocos días. Cientos de kilómetros que carretera desaparecieron con el agua así como cosechas, ganado y todas las pertenencias más básicas de la población. En la ayuda internacional se mandaban platos, sartenes, mantas, ropa, etc. Todo había desaparecido con las lluvias. Después hubo que

hacer frente a las epidemias de malaria y diarrea (la gente bebía agua de los charcos, imagínatelo). Mozambique volvió a estar en la primera página de los periódicos .

A pesar de esta catástrofe, los cursos se llevaron a cabo de forma satisfactoria realizando todo lo programado. Algunos cirujanos se incorporaron uno o dos días tarde debido a que se tuvieron que desplazar en avioneta ya que las carreteras estaban cortadas en su mayoría. El rendimiento fue bastante alto y el interés suscitado muy bueno (donde hay tanta escasez cualquier granito de arena supone una montaña).

Cuando volví a España dejé un país sumido en la catástrofe con una población que estaba intentando volver a ponerse en marcha y recuperar lo poco que tenían. Un país con los ojos puestos en el cielo y en Sudáfrica, con la esperanza de que no se repitan las lluvias y asumiendo, como siempre, esta nueva desgracia con inmensas ganas de vivir. La vida, a pesar de todo, continua.



Foto nº3: Operando en los quirófanos del Hospital Central de Nampula



Foto 1: Ciudad de Macarretane– Provincia de Gaza



Foto 2: Ciudad de Macarretane – Provincia de Gaza

PEDRO BIBES, UN EMPÍRICO ORIOLANO DEL SIGLO XVI, EXPERTO EN EL TRATAMIENTO DE “ENFERMOS DE PASIÓN DE ORINA Y CARNOSIDADES”

Mariano Pérez Albacete.

Servicio de Urología. Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca ” Murcia.

INTRODUCCIÓN

Gracias al historiador, Catedrático de Historia Medieval y Profesor Emérito de la Universidad de Murcia, D. Juan Torres Fontes, (1) conocemos la existencia de un acontecimiento urológico, ocurrido en la ciudad de Murcia en 1581.

En dicha fecha, el Concejo de Murcia supo del elevado número de “enfermos de pasión de orina y carnosidades” entre la población, y constatando que no había cirujanos concedores del tratamiento de dicha enfermedad, ni en la ciudad ni en su comarca, averiguó que en Orihuela, población cercana, se encontraba Pedro Bibes experto en los procedimientos de cura de esa afección, por lo que solicita al rey Felipe II su contratación. Este requisito era necesario para poder disponer de dinero para pagarle ya que todas las rentas del municipio estaban sometidas al control real.

MATERIAL Y MÉTODOS

En las Actas Municipales de Murcia, sesión del 1-IV-1581. Fol. 172, encontramos la carta de solicitud:

“Por quanto en esta ciudad ay muchos enfermos de mal de urina y carnosidades y en su comarca no ay cirujano que entienda la verdadera cura que se requiere, y en la ciudad de Orihuela esta Pedro Biues que es muy platico y experto en ello, y conuiene darle docientos ducados con que resida en esta ciudad enseñando a otros que, acabado aquel queden expertos y plasticos para que curen en esta ciudad y su partido. Se dio comisión a los señores Juan de Guzman e doctor Victoria Pinares, regidores, e Cosme Ruiz, jurado, e a qualquier dellos para las diligencias y asiento e concierto que convenga e les pareciere, para lo que dieron comisión e poder, con poder para manifestar, jurar e constituir”.

El Rey Felipe II, contesta al Concejo de Murcia en 1581, autorizando la contratación de Pedro Bibes. La transcripción de dicha carta dice así:

“El Rey

Por quanto por parte De Vos la ciudad de Murcia Nos fue fecha Relación diziendo que en esa dicha ciudad auia muchos Enfermos de pasion de orina y carnosidades y estauan tan necesitados de rremedio para se curar y sanar dellas, que muchos perezian y otros padezian grauemente sin poder ser rremediados de los médicos y ciruxanos que auia enella por no entender la cura que hera necesaria y en la ciudad de Origuela estaua un Pedro Bibes que hera persona muy esperta e sauidor en la dicha arte y sauía como se deuian de curar las dichas enfermedades el qual hera de hedad

de setenta años y podría facilmente morir y antes dello seria muy necesario y conuiniente lleuarle a esa dicha ciudad para que en ella enseñase o practicase la dicha cura y rremedios que sauía para sanar las dichas enfermedades, lo que haria dandole hasta en cantidad de docientos ducados y nos suplicauades que pues la susodicho hera tan ynportante al bien de la rrepublica desa dicha ciudad os mandasemos dar licencia e facultad para que de vuestros propios le pudiessedes dar los los dichos docientos ducados por esta vez o como la nuestra merçed fuese lo qual visto por los del nuestro consejo e ciertas diligencias e ynformación que por prouision nuestra hizo el corregidor desa dicha ciudad e parecer que sobrello dio fue acordado que deuíamos mandar dar esta nuestra cedula en la dicha rrazon e nos tubimoslo por bien por la qual Vos damos licencia y facultad para que por esta vez podais dar e deis de los propios rrentas de esa dicha ciudadal dicho Pedro Bibes los dichos docientos ducados por que valla a esa dicha ciudad y este y Ressida en ella hasta tanto que enseñe xanar los enfermos de la orina y carnosidad. Sin que por ello caygais ni yncurrais en pena alguna e mandamos a la persona o perssonas que por nuestro mandado tomare las quantas de los propios y rrentas de esa dicha ciudad que con esta nuestra cedula original e libramiento vuestro y carta de pago de dicho Pedro Bibes vos las rreciua y passe en quenta sin otro rrecaudo alguno fecha En Lisboa, a XVI dias del mes de jullio de mil quinientos e ochenta y un años.

Yo el Rey”.

En el acta Municipal de Murcia, en la sesión del 5-VIII-1581. Fol. 24, queda recogida la cédula real por la cual se autoriza la contratación y el pago de Pedro Bibes:

“Cedula real por la qual da facultad a esta ciudad para que den a Pedro Bibes dozientos ducados para que pratique la cura y rremedio de la urina y que el señor Juan de Guzman le enbie llamar para el dicho efeto”.

DISCUSIÓN

Hemos indagado sobre la presencia de Pedro Bibes en Murcia, no hemos localizado ningún documento en los archivos municipales que nos confirme su presencia en la ciudad, ni siquiera en los libros de contaduría si se le llegó a pagar, no obra dato alguno ni referencia sobre a quiénes pudo enseñar el arte de la curación de las carnosidades, ni por cuánto tiempo. La retribución asignada, doscientos ducados, era cuantiosa como para que pudiera desdenarla; como referencia encontramos que en las mismas fechas los

sueldos de los médicos y cirujanos militares oscilaban entre los veinte y cincuenta escudos mensuales. Al Dr. Romano “su Magestad le dio una plaza de sesenta mil maravedís y el Reyno ochenta, para que enseñase esta cura”, en esa fecha un ducado equivalía a unos 300 maravedies, luego la asignación era de unos 60.000 maravedís, equivalente a la dada al Dr. Romano.

Investigamos en la población de Orihuela, en la cual debió de nacer hacia 1511, ya que en 1581 tenía la edad de setenta años; en esas fechas no existían aún los registros de nacimiento, así que hemos buscado en el libro mortuario del archivo parroquial, ubicado en la Iglesia Catedral, su partida de defunción, así mismo en el libro de cédulas de la región, en el de actas del Concejo, actas capitulares y archivo de protocolos del obispado de Orihuela datos acerca de su vida. Los documentos se encuentran escritos en Levosín (valenciano antiguo castellanizado) por lo que ofrece gran dificultad paleográfica su transcripción. Encontramos un Pedro Bibes de buena posición social, que en 1561 tiene la condición de “ciudadano” que indica que tenía derecho a participar en la vida social y es de profesión “Apotecari” (Boticario) por lo que consideramos que es la misma persona, aunque no hemos encontrado, hasta el momento, referencia alguna acerca de sus conocimientos o prácticas curativas. Localizamos las cartas matrimoniales según las cuales se casó por tres veces, la primera, en 1555, con Leonor Navarro, la segunda con Ana Gil, en 1572 y la tercera con Ana Comín. En su testamento encontramos varios codicilos librados en 1573, 1574, 1579 y el último en 1584, por lo que debió de fallecer sobre esa fecha. (2-3)

En la Universidad de Valencia, fundada en 1502, destino lógico de los orcelitanos para realizar los estudios universitarios (ya que la universidad de Orihuela, con autorización papal de fundación, dada en 1586, no comenzó a funcionar hasta 1605); en la relación de estudiantes que se formaron en esas fechas no hemos encontrado ningún Pedro Bibes, por lo que deducimos que lo más probable es que no hubiese realizado estudios superiores.

En 1564 encontramos la presencia en Valencia del Doctor Romano (4), quien introdujo en España la cura de las carnosidades y a quien los Procuradores del Reino, en Valladolid le señalaron un salario en 1552, para que anduviese por las principales ciudades españolas enseñando el arte de curar las carnosidades, por lo que muy probablemente Pedro Bibes acudiría a

Valencia aprendiendo allí las artes del tratamiento de dicha enfermedad.

La Pragmática de los Reyes Católicos que en 1477 regulaba, con la creación del Protomedicato, la actividad y práctica de los empíricos, fue continuada con varias disposiciones dadas por Felipe II y por la Pragmática de 1558. Acudimos, pues, al Archivo de Simancas y revisamos el libro de Quitaciones de Cortes de la Cámara de Castilla así como la posible concesión de Cédula Real, el registro de contaduría de Mercedes y Privilegios, el registro de Sello y Corte, y la Contaduría de sueldos sin encontrar ninguna referencia sobre Pedro Bibes. Dado que Orihuela pertenecía a la Corona de Aragón y que en ésta los cometidos atribuidos al tribunal del Protomedicato para el control del ejercicio de la Medicina y Cirugía la ejercieron las Cofradías colocadas bajo la advocación de los Santos Cosme y Damián, buscamos datos sobre la actividad realizada por éstas en el reino de Valencia, sin encontrar ninguna referencia.

España, en esa época, se encontraba despoblada de médicos y cirujanos expertos, en parte porque éstos buscaban la seguridad del sueldo que ofrecía el ejército y la Corte, y en parte por la expulsión de los judíos que obligó a salir de España a un alto número de médicos, por lo que no es de extrañar que no se encontrase en Murcia nadie que conociese el remedio para el tratamiento de las carnosidades y males de la orina.

La población de la ciudad de Murcia, en 1581, era de unos cuatro mil vecinos; como reino de frontera era frecuente la movilización de hombres para la guerra, como la de las Alpujarras en Granada (1568-1570), como a las de Flandes, Nápoles, la lucha contra el turco, lo que unido al refuerzo de la guarnición de Cartagena ante el temor de un ataque por mar, despoblaba periódicamente de hombres la ciudad de Murcia. Sobre el origen de la presencia en Murcia de gran número de enfermos de carnosidades, colegimos que no era más que la consecuencia lógica de esa diáspora, al regresar licenciados y como resultas de la enfermedad venérea adquirida.

CONCLUSIÓN

Damos a conocer la existencia de Pedro Bibes como urólogo empírico oriolano, del siglo XVI, experto en la curación de enfermos de “pasión de orina y carnosidades” la cual aprendió muy posiblemente del Doctor Romano en Valencia en 1564. Constituye ésta la primera referencia a un urólogo empírico del reino de Aragón.

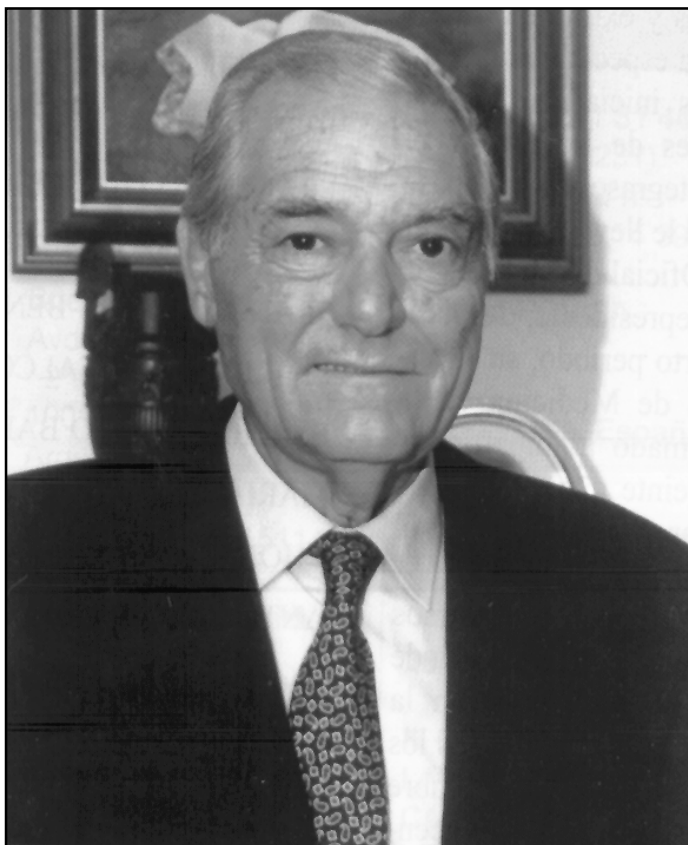
FIGURAS DE LA UROLOGÍA MURCIANA

Dr. D. Gerardo Server Falgás (1928–1999)

M. Pérez Albacete

Ya que fue el iniciador de la cirugía urológica moderna en la ciudad de Murcia, principalmente con la introducción de la resección transuretral, tanto de tumores vesicales como de próstata, así como de la implantación de las técnicas quirúrgicas más avanzadas imperantes en los mejores hospitales de la época, que dominaba y realizaba con precisión, con gran facilidad y sin arredrarse ante la dificultad, pero, fundamentalmente, porque supo dar al Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca una calidad como la de los mejores centros nacionales en su momento y reconocido como tal por la comunidad urológica nacional, hace que consideramos al Dr. Server como una de las figuras más destacables del universo urológico murciano.

Nace Gerardo Server en la población alicantina de Pego (Alicante), el 5 de septiembre de 1928, segundo de los cuatro hijos del matrimonio formado por D. Carlos Server y D^a Josefa Falgás; los primeros estudios y el bachillerato los realizó en la cercana población de Onteniente; en 1946, con 18 años, inicia la carrera en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, con el estímulo vocacional de proseguir y emular la profesión de dos tíos suyos. En 1949, como era costumbre en la época, se desplaza a Madrid, para continuar con las asignaturas clínicas en la Universidad Complutense. Los cánones tradicionales de la Medicina dictan que, para ser un buen médico, tanto clínico como quirúrgico, es básico tener una completa formación en Medicina Interna; siguiendo este criterio, fue alumno interno de Patología Médica en la Clínica de la Concepción, de Madrid, con el Dr. D. Carlos Jiménez Díaz. Una vez finalizada la carrera, en 1953, los consejos del urólogo, amigo de la familia, Dr. D. Victoriano Molina García determinaron que eligiese esta especialidad. El Dr. Jiménez Díaz le presenta y recomienda al Dr. D. Luis Cifuentes Delatte, una de las más sobresalientes figuras de la Urología nacional, quien lo admite como médico interno adscrito a su Servicio en el antiguo Hospital de la Princesa; al poco derriban el edificio y se traslada al nuevo Hospital de la Beneficencia General del Estado, en la calle de Diego de León, de Madrid, en el que estuvo cinco fecundos años en los que se



inició como urólogo; durante este período comenzó el vínculo de unión, amistad, respeto y veneración por su maestro D. Luis Cifuentes, que mantuvo toda su vida.

Completada ya su formación, un desgraciado accidente de moto le impide poder marchar a Estados Unidos con una beca que había obtenido, por lo que, tras valorar las opciones de trabajo que tenía, decide acercarse hacia su tierra y viene a Murcia, a lo cual lo animaron amigos murcianos de la Facultad y del Hospital. Llegó en 1958 y le gustó la ciudad, en la que encuentra un ambiente de trabajo y de amistad que le cautiva y que hace que no dude en establecer definitivamente su residencia en ella.

Con el bagaje de su formación urológica y con un puesto de médico de empresa, proporcionado por su amigo y compañero Tomás Palazón en la fábrica familiar, inicia su andadura en nuestra tierra; encontró, aquí, una plaza de ayudante de Urología lo que le permitió iniciar el desarrollo de su desbordante personalidad; le cupo la suerte de que le correspondiese trabajar junto al Dr. D. Leopoldo

Navarro Mínguez, excelente profesional, formado, antes de la guerra, en la escuela madrileña del también murciano Salvador Pascual Ríos; D. Leopoldo se encontraba ya cansado por los años, lo que permitió al joven Server realizar una gran actividad quirúrgica con resolución de toda la patología que llegaba tanto al sanatorio de la Cruz Roja como al de la Obra Sindical 18 de Julio. Corresponden, estos años, a su etapa de afincamiento en Murcia, donde entabla buenas relaciones y amistad con los compañeros que ya mantendrá toda su vida y con los que mantiene una tertulia en la que siempre destaca por su amplitud de conocimientos en todos los campos, su facilidad para exponer las ideas y, cómo no, su capacidad para convencer al auditorio con su persuasiva oratoria. Su incipiente consulta privada, junto con la labor en la Seguridad Social, le ocupan todo el día, pero aún saca tiempo para mantener sus relaciones familiares tras su boda, al poco de llegar a Murcia, con Elvira Pastor.

En el año 1967 se produce una conmoción en la ciudad, se inaugura la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca, en el barrio de Vistalegre; la necesidad de profesionales cualificados animados por una retribuciones dignas hace que muchos especialistas se decidan a dejar el cupo de zona, de dos horas de consulta diaria, seis días a la semana y uno o dos de quirófano, para ejercer una Medicina hospitalaria de dedicación completa de siete horas diarias en el nuevo sistema hospitalario jerarquizado. El ofrecimiento se hace a todos los médicos que destacan y, por lo general, son los jóvenes quienes admiten el reto de modificar su hábito de vida. En Urología, Gerardo Server acepta la oportunidad de desempeñar el cargo de responsable de la Urología del Hospital; organiza y distribuye el trabajo, establece el concepto de Servicio como unidad asistencial con igualdad entre todos sus miembros, reservándose siempre él la última responsabilidad; inicia la publicación científica con múltiples aportaciones a Congresos Nacionales e Internacionales, colabora en libros y ponencias y se integra en grupos de trabajo, como la EORTC europea; de entre todos ellos destaca la publicación de los primeros resultados con tratamiento de citostáticos intracavitarios en los tumores vesicales, sus aportaciones en el estudio del cáncer de próstata etc. a lo largo de toda su vida profesional, realizó un elevado número de trabajos.

Durante veintiséis años fue el Jefe del Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca, en el que se atiende, como principal centro hospitalario de la Región, toda la patología urológica importante, supo mantenerse al día en conocimientos y lograr lo mismo de los miembros de su Servicio, asistió sistemáticamente a Cursos y Congresos y mantuvo los criterios de la Medicina actual basada en

protocolos de estudio y tratamiento que periódicamente se someten a análisis y modificación siguiendo los conceptos que la evolución de la Medicina impone; estableció unidades asistenciales de las que se encargaba un componente del Servicio, endoscopia, urodinamia, litiasis, andrología, ecografía; la instauración en el Hospital del programa de trasplantes fue iniciada por él con el comienzo de la extracción de órganos en 1983 y de los primeros implantes en 1985. Consiguió dotar al Servicio de la tecnología punta precisa para mantener una atención al paciente acorde con la evolución de los tiempos; siempre fue uno más, participaba activamente en el trabajo cotidiano además de las reuniones que el cargo le exigía junto con la preocupación constante de la organización, control y buen hacer urológico.

Al establecerse la Facultad de Medicina en Murcia, es llamado para impartir la docencia de Urología en el sexto curso de carrera, y así, durante veinte años, todas las generaciones de médicos formados en la Universidad de Murcia recibieron de él los conocimientos urológicos precisos para poder ejercer satisfactoriamente la profesión.

Miembro de la Asociación Española de Urología desde 1954, en 1968 fue elegido vocal de la sexta regional de Levante, por un periodo de cuatro años; como tal fue el motor que hizo que los urólogos murcianos mantuviesen una intensa y fecunda relación de colaboración, de trabajo y de amistad con los compañeros de la Comunidad valenciana, que el tiempo ha consolidado; en 1988 es nombrado, por elección, vocal primero durante otro periodo; su permanencia en la Junta Directiva Nacional, hizo que fuera conocido y apreciado por todos los urólogos españoles de su generación.

Su inquietud le llevó a pertenecer a la Junta directiva del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Murcia en la que ocupó el cargo de vocal desde 1964, continuó como vicepresidente durante el mandato del Dr. D. Manuel Clavel Noya y, posteriormente, en 1970, se mantuvo en el mismo puesto con el Dr. D. Jesús Quesada Sanz, a cuyo fallecimiento, le sucedió como presidente durante unos meses.

Amante de la tertulia, conversador infatigable, apasionado de la lectura, la historia, el arte, y las novelas eran sus favoritas; entusiasta de la caza, deportista activo, de joven practicaba el tenis que sustituyó con la edad por el golf, en el que destacó dentro de su ámbito de amigos y urólogos; así era Gerardo Server, pero, fundamentalmente, una persona honesta, trabajador infatigable, entregado a su profesión, a su familia y a sus amigos.

Falleció el día de Navidad, rodeado de su esposa y de sus hijos, una muerte esperada, serena y tranquila; sus cenizas reposan en su tierra natal.

RELACIÓN DE LA DONACIÓN DE LIBROS Y REVISTAS DE LA BIBLIOTECA DEL Dr. D. LEOPOLDO NAVARRO MÍNGUEZ

REVISTAS:

Archivos Españoles de Urología. Tomos I al VI, julio de 1944 a diciembre de 1950 encuadernados, resto hasta 1977, con falta de algún número.

Anales de la Fundación Puigvert. Tomo I al VIII, con bastantes faltas.

Cirugía Ginecología y Urología Tomo I al IX (1952-1956) encuadernados, sueltos hasta diciembre de 1969.

Actas de los Congresos de la Asociación Española de Urología. 1935, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1976 y 1978.

TRATADOS:

Barset, H. Constantini, G. Jeanneney, J. Maisonnnet, G. Miginiac. *Nuevo tratado de patología quirúrgica.*

Tomo V Urología. 1ª Edición, 1036 páginas 433 figuras, 16 láminas. Tela, editorial Salvat, Buenos Aires, 1947.

Boemingaus, H. *Urología. Terapéutica operatoria, clínica e indicaciones.* Traducción Dr. D. Enrique Pérez Castro. 1081 páginas. Tela, Edit. Paz Montalvo, Madrid 1958.

Gil Vernet, Salvador. *Patología urogenital. Cáncer de Próstata.* Tomo I. 422 págs. 242 grabados. Tela Edit. Miguel Server, 1944.

Kichner, Nordman *Tratado de técnica operatoria general y especial. Cirugía del aparato urinario. Tomo VII.* 1067 páginas, 334 figuras y 34 láminas en color. Tela. Editorial Labor 1947.

Marión, George. *Técnica quirúrgica.* Traducción de la 5ª edición francesa. Dos tomos, rústica. 1.348 figuras, 53 láminas a color. Editorial Pubul, Barcelona, 1932.

Legueu, Felix *Tratado médico quirúrgico de las vías urinarias.* Dos tomos. 2ª edición. Tela. Salvat editores, Barcelona, 1926.

Lowsley, Oswald. *Clínica Urológica.* Dos tomos. 1ª edición, Traducción revisada por el Dr. Puigvert. Salvat editores, Barcelona, 1945.

Puigvert Gorro, A. *Tratado de operatoria urológica.* 523 páginas, tela. Editorial Labor, Barcelona 1972.

Wildbolz, Hans *Tratado de Urología.* Tela, 856 páginas 210 figuras y 18 láminas. Editorial Pubul, Barcelona 1936.

LIBROS:

Cifuentes Delatte, L. *Cistitis y cistopatías.* 431 pág. 176 figuras 82 en color, tela. Editorial Paz Montalvo, Madrid 1947.

Cifuentes Díaz, Pedro. *Litiasis urinaria.* 107 pág. rústica. Salvat Editores 1941.

Cifuentes Díaz, P., Sainz de Aja *Prácticas de Urología y Sifilografía.* 542 pág. 121 fig., tela. Javier Morata editor, Madrid 1927.

Dos Santos, Reynaldo. *Iniciación a la Urología Clínica.* Traducción del Dr. D. Joaquín Páez, prologo del Dr. Marañón. 222 pág., rústica. Editorial Espasa Calpe, Madrid 1946.

Gausa Raspall, P. *La pielografía vertical en la hidronefrosis.* 152 págs. rústica, edit. Miguel Servet, 1944.

Gil Vernet, Emilio. *Incontinencia urinaria en la mujer. Estudio clínico y tratamiento.* 224 pág. tela. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1955.

Jiménez Díaz, C. *Enfermedades del riñón (nefritis).* 260 pág., rústica. Ruiz Hermanos editores, Madrid 1934.

Jessner, S. *Enfermedades de la piel y sexuales.* Tomo II 480 pág. rústica Espasa Calpe SA. Madrid 1927.

- Koranyi, A.** *Enfermedades de los riñones patología y terapéutica funcional.* 383 pág. tela. Manuel Marín editor, Barcelona 1931.
- Martino, F.** *Cirugía retropúbica.* 231 pág. tela. Editorial Marierga, Madrid 1950.
- Merril, Jhon P.** *Tratamiento de la insuficiencia renal.* 231 pág. tela. Editorial Científico Médica 1957.
- Millin, Terence** *Cirugía retropúbica urinaria.* Traducción revisada por el Profesor Dr. D. Alfonso de la Peña. 225 pág. tela. Editorial Saturnino Calleja S. A., Madrid 1950.
- Pascual Ríos, S.** *Supuraciones renales.* Prólogo del Dr. Marañón. 242 pág., tela. Editorial La Medicina Ibero, Madrid 1927.
- Peña Pineda, Emilio y Alfonso de la.** *Patología de la próstata.* 156 pág. rústica. Salvat editores, 1946.
- Picatoste, Julio** *Quistes hidatídicos del aparato urinario y de los órganos genitales masculinos.* 103 pág. rústica. Editorial Morata, Madrid 1946.
- Picatoste, Julio** *Tratamiento de la litiasis renoureteral bilateral.* Ponencia del XXXV Congreso de Urología. 180 págs. Madrid.
- Puigvert Gorro, A.** *Atlas de urografía.* 264 láminas. Tela. Salvat editores, Barcelona 1933.
- Puigvert Gorro, A.** *Endoscopia urinaria.* Prólogo del Prof. Marion. 1ª edición. Salvat editores. Barcelona 1939.
- Puigvert Gorro, A.** *La tuberculosis urinaria.* 160 pág. rustica. Salvat editores 1941.
- Puigvert Gorro, A.** *La tuberculosis urinaria y genital masculina.* 375 pág., tela. Salvat editores, Barcelona 1958.
- Recasens Serrano, L.** *Técnica quirúrgica vaginal.* 228 pág., 163 fig., tela. Javier Morata editor, Madrid 1928.
- Reinlein, Alés, Vela Navrrete y otros.** *Infecciones del aparato urinario.* 240 pág., tela Salvat editores 1974.
- Roqueta, Gonzalo.** *La albuminuria en las enfermedades internas.* 365 pág. rustica. Salvat editores Barcelona 1928.
- Schirren** *Andrología práctica.* 94 pág., tela. Editorial del Hombre, Madrid 1972.
- Schlayer, C.R.** *Las enfermedades del riñón.* 135 pág., tela. Editorial Labor Barcelona 1929.
- Serés, Manuel.** *Operatoria urológica.* 766 páginas, rústica. Juan Bagués editor. Barcelona 1925.
- Vidal Jordana, G.** *Nefropatías en la infancia.* 167 pág. 21 fig. Edit Modesto Usón. Barcelona 1945.
- FOLLETOS:**
- Herrmann Nieman.* *Quimioterapia de las infecciones gonocócicas y estafilocócicas.* 62 pág, Editorial Ateneo, Buenos Aires 1940.

DONACIÓN DE INSTRUMENTAL DEL Dr. D. MANUEL ALBALADEJO PAREDES

BENIQUÉS METÁLICOS.

Caja metálica con juego completo.

CISTOSCOPIO EXPLORADOR Y OPERADOR

Winter Ibe de luz fría. Óptica de 110° (en mal estado) Vainas nº 17, 18 y 21 Ch.

CISTOURETROSCOPIO INFANTIL ACMI.

Lámpara incandescente, explorador y operador completo en estuche de madera.

RESECTOR

Winter Ibe de luz fría. Óptica Contur 168° (en mal estado), vaina 26 Ch. de baquelita (quemada)

CABLE DE LUZ FRÍA

NOTICIAS

La Junta Directiva de la A M U felicita al Dr. D. Vicente Bañón Pérez, médico residente de quinto año de Urología en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, por haberle sido concedido el premio *Pedro Arregui*, otorgado por los grupos de Endoscopia y Urolitiasis de la Asociación Española de Urología, al mejor trabajo presentado en la reunión del Grupo celebrada en Granada, en el mes de enero de 2000, titulado *Ureterorrenoscopia durante el embarazo*.

* * * * *

Al Dr. D. Tomás Fernández Aparicio, urólogo del Hospital Morales Meseguer, de Murcia, por la obtención del premio al mejor trabajo publicado en la Revista Actas Urológicas Españolas, en 1999, titulado *Influencia de la trasplantectomía del primer injerto en la evaluación del retrasplante renal de cadáver*. Actas Urol. Esp. XXIII (10): 864, 1999.

* * * * *

Deseamos igualmente, expresar nuestra felicitación a los compañeros que han obtenido el grado de Doctor en el transcurso de este año académico:

Dr. D. Antonio Prieto González, por su memoria de investigación básica, *Estudio electromiográfico del conducto deferente de rata "in vivo": receptores adrenérgicos purinérgicos y neuropeptido Y*. Desarrollada en el Departamento de Farmacología y Fisiología de la Universidad de Murcia, dirigida por los profesores Drs. D. José A. Martínez Martínez y D. Arturo Bruger Aubón y leída en la Facultad de Veterinaria, en el mes de diciembre de 1999.

Dr. D. Ángel Guardiola Más, con su tesis, *Estudio de los trasplantes renales*, dirigida por la Dra. D^a. Luisa Gimeno y leída en la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia en el mes de marzo de 2000.

* * * * *

CONVOCATORIA DEL PREMIO "SALVADOR PASCUAL" PARA EL AÑO 2001» DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA.

La Asociación Murciana de Urología, con el ánimo de estimular el trabajo de los jóvenes urólogos, convoca un premio anual con el nombre de «Salvador Pascual» en recuerdo de la primera y máxima figura de la Urología murciana, al mejor trabajo urológico presentado en el Congreso de la A.M.U. o en cualquiera de las Reuniones Científicas o de Trabajo de la misma, así como en los de la Asociación Española de Urología, ya sea comunicación, póster, vídeo o cualquier otra, presentado por parte de los urólogos miembros de la A.M.U., en el curso académico correspondiente, con arreglo a las siguientes bases:

- 1- Podrán optar todos los médicos en periodo de formación urológica por el sistema MIR, y los poseedores del título de especialista en Urología con menos de 10 años.
- 2- Es condición indispensable para optar al premio que los trabajos sean originales e inéditos, no podrán estar publicados, ni optar a otros premios.
- 3- Se entregará el trabajo escrito desarrollado en el formato habitual, a saber: resumen, introducción, material y métodos, discusión, conclusiones y bibliografía. Se remitirá original y dos copias, dentro de un periodo máximo de treinta días naturales, después de finalizada la Reunión, dirigidos al Sr. Secretario de la A.M.U., por correo certificado o en sobre cerrado y con fecha de entrada en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia.
- 4- El premio se entregará siempre al primer firmante del trabajo
- 5- El Autor del trabajo debe ser miembro de la Asociación Española de Urología o de cualquiera de las Asociaciones Urológicas Autonómicas, y estar al corriente del pago de la cuota correspondiente.
- 6- El premio consiste en un diploma acreditativo y en una asignación económica, establecida para el año 2001, en cien mil ptas. junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la A. M. U.
- 7- El jurado estará compuesto por los miembros de la Junta Directiva de la A. M. U., y sus decisiones serán inapelables. El premio podrá ser declarado desierto. Los miembros del jurado no podrán optar. El hecho de concurrir presupone la total aceptación de las bases.
- 8- La entrega del premio se efectuará durante la celebración del siguiente Congreso de la Asociación Murciana de Urología.

CONVOCATORIA DEL PREMIO "GERARDO SERVER" PARA EL AÑO 2001» DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA.

La Asociación Murciana de Urología convoca un premio anual con el nombre de «*GERARDO SERVER*», en recuerdo de esta figura de la Urología murciana, a la mejor fotografía comentada o al mejor caso clínico, presentado en formato de póster al Congreso de la A.M.U., con arreglo a las siguientes bases:

- 1- Podrán optar todos los médicos pertenecientes a la Asociación Murciana de Urología, que estén al corriente en el pago de la cuota correspondiente.
- 2- El trabajo será original e inédito, no podrá estar publicado, ni optar a otros premios.
- 3- Se presentará en formato de póster de 60 por 40 cm. máximo. La fecha de entrega finalizará quince días antes de la celebración del Congreso, y estará dirigido al Sr. Secretario del mismo, por correo certificado o en sobre cerrado y con fecha de registro de entrada.
- 4- El premio se entregará siempre al primer firmante del trabajo.
- 5- El premio consiste en una asignación económica, establecida, para el año 2001, en setenta y cinco mil ptas. junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la A. M. U.
- 6- El jurado estará compuesto por los miembros de la Junta Directiva de la A. M. U. el presidente del Congreso y el Secretario del mismo y sus decisiones serán inapelables. El premio podrá ser declarado desierto. Los miembros del jurado no podrán optar al mismo.
- 7- La entrega del premio se efectuará en el transcurso del acto de clausura del Congreso.
- 8- El hecho de concurrir presupone la total aceptación de las bases.